



ISSN 1994-8921

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

**Nº4
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

*По материалам научно-практической конференции
«Организация, качество и безопасность медицинской помощи»*

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 4

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); **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.Е. Шкляев** (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

L.N. Buranova (*Izhevsk*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **A.I. Martynov** (*Moscow*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Spasskiy** (*Moscow*); **V.F. Stafeyev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauser** (*Syktывkar*); **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. Широкова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 27.12.2017. Подписано в печать 19.12.2017.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 11,2. Уч.-изд. л. 18,6.
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

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Я. М. Вахрушев, О. Д. Михайлова, Е. Ю. Шкатова, Н. А. Хохлачева, Д. М. Михайлов
ОПЫТ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ФАКУЛЬТЕТЕ
ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ . . . 11

Ya. M. Vakhrushev, O. D. Mikhaylova, E. Yu. Shkatova, N. A. Khokhlacheva, D. M. Mikhaylov
THE EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT
OF PROPEDEUTIC OF INTERNAL DISEASES
IN WORKING WITH THE STUDENTS OF THE
FACULTY OF NURSING 11

Л. В. Мышкина, Е. Ю. Шкатова, Н. М. Попова
ПРИМЕНЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ОБУЧАЮ-
ЩИХ ПРОГРАММ ПО ПОВЫШЕНИЮ КА-
ЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ 14

L. V. Myshkina, E. Yu. Shkatova, N. M. Popova
USING NURSING EDUCATIONAL PROGRAMS
TO IMPROVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH PEPTIC ULCER 15

И. Б. Мустафакулов, Т. К. Камалов, Л. Т. Рахматова
МОДУЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ
СПЕЦИАЛИСТА С ВЫСШИМ СЕСТРИНС-
КИМ ОБРАЗОВАНИЕМ 18

I. B. Mustafakulov, T. K. Kamalov, L. T. Rakhmatova
MODULAR TEACHING IN THE TRAINING OF
A SPECIALIST WITH A DEGREE IN NURSING . . . 18

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д. С. Исламова, Ш. М. Ибатова
МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ
В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 20

D. S. Islamova, Sh. M. Ibatova
MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE
WORK OF A NURSE 20

К. В. Шмырина, Н. Ф. Вязикова, Н. Н. Абдуллаева, Д. С. Исламова

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕР-
СОНАЛА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОС-
ТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВО-
ОБРАЩЕНИЯ 21

K. V. Shmyrina, N. F. Vyazikova, N. N. Abdullaeva, D. S. Islamova
THE ROLE OF NURSES IN REHABILITA-
TION OF PATIENTS SUFFERING THE CONSE-
QUENCES OF AN ACUTE STROKE 22

*И. Б. Стародубцев, А. И. Хуснутдинова, Н. В. Ни-
кифорова*
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МО-
ЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА 24

*I. B. Starodubtsev, A. I. Khusnutdinova, N. V. Niki-
forova*
STUDYING THE PROBLEM OF ADAPTATION
OF NURSES AT THE BEGINNING OF THEIR
CAREERS 24

О. Н. Еловикова, Е. Ю. Шкатова
ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ АКУШЕРОВ К ТЕ-
РАПЕВТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ БЕРЕМЕН-
НЫХ 26

O. N. Elovikova, E. Yu. Shkatova
EVALUATION OF MIDWIVES' READINESS
FOR THERAPEUTIC TRAINING OF PREG-
NANT WOMEN 26

*Д. А. Власов, Е. Ю. Шкатова, О. А. Рузан,
И. В. Сабирова*
К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРО-
ВАННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УДМУРТСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ 29

<i>D. A. Vlasov, E. Yu. Shkatova, O.A. Rukan, I.V. Sabirova</i> THE PROBLEM OF PROVIDING SPECIALIZED OTORHINOLARYNGOLOGICAL CARE FOR THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC	29	<i>Н. М. Попова, Е. В. Дюжева</i> ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ ФСИН РОССИИ ПО ОКАЗАНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	43
<i>A. A. Kiseleva, L. V. Myshkina, N. M. Popova</i> ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	31	<i>N. M. Popova, E. V. Dyuzheva</i> ORGANIZING MONITORING OF THE EFFICIENCY OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL UNITS OF PENITENTIARY SYSTEM OF RUSSIA AIMED AT PROVIDING CARDIAC CARE	43
<i>A. A. Kiseleva, L. V. Myshkina, N. M. Popova</i> THE EXPERIENCE OF THE SCHOOL FOR PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION SYNDROME IN KIROV REGIONAL CLINIC OF ADDICTION MEDICINE	32	<i>М. Е. Вострокнутов, С. Б. Пономарёв, Н. М. Попова</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	46
<i>О. Л. Рудина, О. А. Анисимова, Е. В. Скурихина, Т. А. Тронина</i> СОХРАНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И САНИТАРОК И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ	34	<i>М. Е. Vostroknutov, S. B. Ponomarev, N. M. Popova</i> FEATURES OF TUBERCULOSIS PREVENTION IN HIV-INFECTED PATIENTS KEPT IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS	46
<i>O. L. Rudina, O. A. Anisimova, E. V. Skurikhina, T. A. Tronina</i> MAINTAINING PHYSICAL HEALTH OF NURSES AND ORDERLIES AND PROVIDING PROFESSIONAL LONGEVITY	34	<i>Н. М. Попова, Д. А. Плеханова, Л. Л. Гарифуллина</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ	49
<i>Э. С. Мамутова, Х. Н. Шадиева</i> ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	36	<i>N. M. Popova, D. A. Plekhanova, L. L. Garifullina</i> CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SKIN MELANOMA SEEN IN THE OUTPATIENT DEPARTMENT	49
<i>E. S. Mamutova, Kh. N. Shadieva</i> HEALTH SCHOOL FOR PATIENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS	36	<i>Е. А. Вурдова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В Г. СЫКТЫВКАР	52
<i>Г. И. Бездетко, Т. И. Бессонова, Е. Ю. Шкатова, О. П. Попова, А. А. Андреева</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ	38	<i>E. A. Vurdova</i> ORGANIZATION OF THE WORK OF THE WOMEN'S CONSULTATION IN SYKTYVKAR	52
<i>G. I. Bezdetko, T. I. Bessonova, E. Yu. Shkatova, O. P. Popova, A. A. Andreeva</i> THE INCIDENCE OF DISEASE WITH TEMPORARY INCAPACITY OF WORK AMONG DENTISTS	39	ДЕМОГРАФИЯ	
<i>С. П. Шилова, Е. А. Игошина</i> АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	41	<i>Н. М. Попова, Г. Н. Махмудова, А. М. Халбеков</i> ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК СТУДЕНТОВ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	57
<i>S. P. Shilova, E. A. Igoshina</i> ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE RESULTS OF MEDICAL AND ECONOMIC EXPERT EXAMINATION AND EXAMINATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE	41	<i>N. M. Popova, G. N. Makhmudova, A. M. Khalbekov</i> PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE ATTITUDES OF THE STUDENTS OF TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER AVICENNA AND IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY	57

А. А. Мchedlishvili, А. А. Березин, Г. И. Девяткова
ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН 58

A. A. Mchedlishvili, A. A. Berezin, G. I. Devyatкова
RECORDS OF MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES AMONG THE POPULATION OF PERM REGION 58

М. Я. Подлужная, Е. А. Воронова, К. А. Смирнова
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ 60

M. Ya. Podluzhnaya, E. A. Voronova, K. A. Smirnova
ANALYSIS OF THE INDICES OF THE MORTALITY RATE OF ABLE-BODIED POPULATION IN PERM REGION 60

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С. Х. Лапасов, Ш. А. Хусинова, Л. Р. Хакимова, Н. А. Максудова
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 63

S. Kh. Lapasov, Sh. A. Khusinova, L. R. Khakimova, N. A. Maksudova
DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS IN NONPREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM (LITERATURE REVIEW) 63

А. В. Оксюзян
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛЕГКОАТЛЕТОВ 70

A. V. Oksuzyan
THE IMPACT OF EXERCISE ON THE CHANGE OF SOME INDICES OF THE CONDITION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND RESPIRATORY FUNCTION IN TRACK AND FIELD ATHLETES 71

В. Г. Сюсюка
УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА И ЭНДОРФИНА У БЕРЕМЕННЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ТРЕВОЖНОСТЬЮ 72

V. G. Syusyuka
LEVEL OF CORTISOL AND ENDORPHINE IN PREGNANT WOMEN WITH PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS CAUSED BY ANXIETY. ... 73

Ф. П. Абдурасулов, Б. А. Юлдашев, А. Х. Эргашев, Н. Ё. Рузикулов, М. Д. Аралов, А. К. Тураханов, С. Х. Мамедов
МНОГОЭТАПНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СКРИНИНГ-ПРОГРАММА В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ. 75

F. P. Abdurasulov, B. A. Yuldashev, A. Kh. Ergashev, N. E. Ruzikulov, M. D. Aralov, A. K. Turakhanov, S. Kh. Mamedov
MULTISTEP COMPREHENSIVE SCREENING PROGRAM IN THE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF DYSMETABOLIC NEPHROPATHIES IN CHILDREN. 75

З. М. Сигал, В. В. Брындин, С. Ю. Мещанов, О. А. Сигал
ВРАЧЕБНЫЙ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ 77

Z. M. Sigal, V. V. Bryndin, S. Yu. Meshchanov, O. A. Sigal
QUICK TESTING OF SPORTSMEN'S FUNCTIONAL CONDITION. 78

З. М. Сигал, В. В. Брындин, С. Ю. Мещанов, С. З. Сигал
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 81

Z. M. Sigal, V. V. Bryndin, S. Yu. Meshchanov, S. Z. Sigal
POSSIBILITIES OF APPLYING PULSE OXIMETRY IN CLINICAL PRACTICE (LITERATURE REVIEW) 81

К. А. Бугаевский
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА 86

K. A. Bugaevsky
PRACTICAL ASPECTS OF NONDRUG REHABILITATION OF PATIENTS AFTER OVARIAN APOPLEXY 86

О. Д. Михайлова, Н. Л. Баженова, Я. М. Вахрушев
ВЛИЯНИЕ УРБАНИЗАЦИИ НА ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 88

O. D. Mikhaylova, N. L. Bazhenova, Ya. M. Vakhrushev
THE INFLUENCE OF URBANIZATION ON PECULARITIES OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN UDMURT REPUBLIC. 88

С. А. Вострикова

РОЛЬ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СО-
ЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
В ФОРМИРОВАНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПОДРОСТ-
КОВ 90

S.A. Vostrikova

THE ROLE OF MEDICOBIOLOGICAL AS
WELL AS SOCIAL AND HYGIENIC FACTORS
IN SEVERE COURSE OF ATOPIC DERMATITIS
IN ADOLESCENTS 90

*Н. И. Ахмеджанова, Ш. М. Ибатова, И. А. Ах-
меджанов*

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕ-
ЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
У ДЕТЕЙ 92

*N.I. Akhmedzhanova, Sh.M. Ibatova, I.A. Akhmed-
zhanov*

NEW METHODS OF DIAGNOSIS AND TREAT-
MENT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN
CHILDREN 93

*Глубокоуважаемые коллеги, участники конференции
«Организация, качество и безопасность медицинской помощи»,
посвященной 20-летию факультета высшего сестринского образования*



В Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) в 1997 году открыт факультет высшего сестринского образования (ВСО) с заочной формой обучения. Высокий уровень квалификации педагогического коллектива ИГМА, материально-техническое обеспечение клинических баз, теоретических кафедр позволили преодолеть трудности, возникшие в период становления факультета, который стал лучшим факультетом ИГМА. Осуществлено 14 выпусков менеджеров сестринского дела.

Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования «Сестринское дело» предусматривалась подготовка специалиста – менеджера сестринского дела, способного обеспечить руководство сестринским персоналом, анализировать работу, осуществлять медицинскую и социальную помощь, проводить научно-практические исследования.

Деканом назначена профессор Наталья Митрофановна Попова. Она внесла определенный вклад в совершенствование учебно-методической работы, входила в координационный совет по сестринскому делу при МЗ Удмуртской Республики и учебно-методический совет по сестринскому делу МЗ Российской Федерации. Базовыми кафедрами подготовки менеджеров сестринского дела являлись кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела (заведующий – профессор Я. М. Вахрушев) и кафедра общественного здоровья и здравоохранения (заведующий – профессор В. Н. Савельев).

Активно работали по решению организационных, научных, учебно-методических вопросов на факультете профессор Л. Ф. Молчанова, Я. М. Вахрушев, В. А. Глумова, В. Н. Марков, М. К. Ермакова, А. Н. Чураков; доценты Е. Ю. Шкатова, А. В. Рапенкова, В. А. Трефилов, Т. С. Баранова, О. Д. Михайлова, Ю. Л. Петров; И. М. Бокова, Л. К. Бахтина. Факультет ВСО активно сотрудничал с российскими и зарубежными вузами. Первым председателем ГАК являлся доктор медицинских наук, профессор Первый проректор Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е. А. Вагнера М. Ф. Заривчацкий. В ИГМА профессором Л. Ф. Молчановой и профессором Н. М. Поповой создано новое научное направление «Управление сестринским делом». Кандидатами медицинских наук стали 8 выпускников факультета (Р. З. Мухаметзянова, Т. Ю. Зангерова, Т. А. Пайбакова, О. Н. Еловикова, Н. Н. Артемьева, К. А. Данилова, Л. В. Мышкина, Н. В. Якимова). Задачи по организации сестринской деятельности были решены в диссертационных исследованиях Г. М. Злобиной, Е. В. Сычевой, Е. Ю. Шкатовой, М. В. Макаровой. В настоящее время выпускники факультета (М. А. Ловкина, Н. Я. Беккер, О. Ф. Феофилактова, С. В. Ожмегова, Л. А. Бирюкова, А. А. Киселева, Л. А. Сухотина, О. В. Зубарева, Е. Ю. Лукина, Л. В. Титова, Ю. Б. Турова, Ф. Ф. Акулова, Е. А. Вурдова) работают руководителями организаций, заместителями главных врачей МО, главными медицинскими сестрами МО Удмуртии, Кировской области, Пермского края, республик Марий Эл, Коми, г. Москвы, являются преподавателями ИГМА, других образовательных учреждений Удмуртии и России.

Деятельность деканата оценена следующими наградами: Почетная грамота Правительства Удмуртской Республики, в связи с первым выпуском специалистов (2002 г.), Почетная грамота Министерства национальной политики Удмуртской Республики за участие и налаживание международных профессиональных связей с зарубежными вузами (2012 г.), грамотами Ассоциации медицинских сестер России.

*С уважением, главный редактор журнала,
ректор ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
заслуженный врач РФ и УР, доктор медицинских наук,
профессор Николай Сергеевич Стрелков*

***Dear colleagues, participants of the conference
«Organization, Quality and Safety of Medical Care»,
dedicated to the 20th anniversary of the Faculty of Nursing***

The Faculty of Nursing with part-time study was opened in Izhevsk State Medical Academy in 1997. High qualifications of the teaching staff of Izhevsk State Medical Academy, facilities of teaching hospitals and theoretical departments made it possible to overcome difficulties arising in the period of establishing the faculty. Thus, the faculty became the best one in ISMA and graduated students – nurse managers – for 14 years.

The state educational standard of higher professional education in nursing requires training of the specialist – the nurse manager – who is able to provide management of nursing staff and analysis of their work, developing innovation programs, giving medical and social assistance and conducting scientific and practical research.

Professor N.S. Strelkov, the rector of the academy, was the organizer of the faculty. Professor N.M. Popova was appointed as the dean. The basic departments for the training of nurse managers were the Department of Propaedeutics of Internal Diseases with a Course in Nursing (headed by Professor Ya.M. Vakhrushev) and the Department of Public Health and Health Care Service (headed by Professor V.N. Savelyev).

Important contribution to improving academic work was made by the dean N.M. Popova who was a member of the Coordinating Council of Nursing at the Ministry of Health of the Udmurt Republic and a member of the Academic Council of Nursing at the Ministry of Health of the Russian Federation.

Active work on solving organizational, scientific and academic problems of the faculty was carried out by Professor L.F. Molchanova, Professor Ya.M. Vakhrushev, Professor V.A. Glumova, Professor V.N. Markov, Professor M.K. Ermakova, Professor A.N. Churakov, Associate Professor E.Yu. Shkatova, Associate Professor A.V. Rapenkova, Associate Professor V.A. Trefilov, Associate Professor T.S. Baranova, Associate Professor O.D. Mikhaylova, Associate Professor Yu.L. Petrov, I.M. Bokova, L.K. Bakhtina. The Faculty of Nursing cooperated actively with Russian and foreign universities. The first chairman of the State Certification Commission was Doctor of Medical Sciences, Professor M.F. Zarivchatskiy, the first vice-rector of Perm State Medical University named after academician E.A. Vagner. A new research direction “Nursing management” was proposed by Professor L.F. Molchanova and Professor N.M. Popova. Eight graduates of the faculty obtained the degree of Candidate of Medical Sciences (R.Z. Mukhametzyanova, T.Yu. Zangerova, T.A. Paybaktova, O.N. Yelovikova, N.N. Artemyeva, K.A. Danilova, L.V. Myshkina, N.V. Yakimova). The objectives of organizing the activities of nurses were accomplished in the theses of G.M. Zlobina, E.V. Sycheva, E. Yu. Shkatova, M.V. Makarova.

Currently, the graduates of the faculty head organizations, work as deputy head doctors and chief nurse managers in medical institutions of Udmurtia, Kirov Region, Perm Territory, the Republic of Mari-El, the city of Moscow (T.S. Kochurova, M.A. Lovkina, N.Ya. Bekker, O.F. Feofilaktova, S.V. Ozhmegova, L.A. Biryukova, A.A. Kiseleva, L.A. Sukhotina, O.V. Zubareva, E.Yu. Lukina, L.V. Titova, Yu.B. Turova), teach at ISMA and other educational institutions.

Activities deanery is estimated by the following awards: the honorary diploma of the Government of the Udmurt Republic, in connection with the first release of specialists (2002), the Certificate of Honor of the Ministry of National Policy of Udmurtia Republic for participation and establishment of international professional relations with foreign universities (2012), certificates of the Medical Association sisters of Russia.

Sincerely, the editor-in-chief of the journal, the rector of Izhevsk State Medical Academy,
an Honored Doctor of the Russian Federation and the Udmurt Republic,
Professor **Nikolay Sergeevich Strelkov**

Благодарственное письмо

«Уважаемый Николай Сергеевич! Министерство здравоохранения Республики Коми выражает благодарность и глубокую признательность Вам и всему преподавательскому коллективу ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, поздравляет с 20-летием факультета высшего сестринского образования, работа которого – наглядный пример эффективной реализации новых задач медицинского образования. Качество полученных выпускниками факультета ВСО знаний соответствует современным требованиям рынка труда. 20 лет – небольшой срок но, несмотря на это, подготовлено большое количество специалистов – медицинских сестер с высшим сестринским образованием, которые успешно трудятся в медицинских организациях Республики Коми. Желаем Вам на долгие годы сохранить оптимизм и жизнерадостность, чтобы душевная молодость в сочетании с жизненным опытом, мудростью и профессиональной компетентностью всегда помогали находить решение самых трудных проблем».

Министр здравоохранения Республики Коми
Д. Б. Березин, 2017



Благодарственное письмо

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики выражает благодарность за совместную работу по подготовке квалифицированных медицинских кадров Поповой Наталье Митрофановне – заведующей кафедрой ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ профессору, доктору медицинских наук.

И. о. министра здравоохранения Удмуртской Республики
А. В. Воздвиженский, 2017



Благодарственное письмо

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл сердечно поздравляет Наталью Митрофановну Попову и коллектив кафедры с 20-летием образования факультета и выражает искреннюю признательность за успешное сотрудничество в деле подготовки квалифицированных, творческих, отвечающих всем современным требованиям сестер-организаторов. Желаем успешного научного поиска, новых открытий, исполнения желаний и огромного личного счастья!»

Врио министра здравоохранения Республики Марий Эл
М. В. Панькова, 2017



Благодарственное письмо

Выражаю благодарность Поповой Наталье Митрофановне – заведующей кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИГМА профессору, доктору медицинских наук за вклад в подготовку высшего сестринского звена в здравоохранение Удмуртской Республики.

Директор удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
В. А. Гаврилов, 2017



Президент Российской Федерации В. В. Путин высоко оценил многолетний добросовестный труд профессора Натальи Митрофановны Поповой: за заслуги в развитии здравоохранения и подготовки медицинских кадров присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Letter of thanks

«Dear Nikolai Sergeyevich! The Ministry of Health of the Republic of Komi expresses thanks and deep appreciation to you and the entire teaching staff of the Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation in connection with the twentieth anniversary of the Faculty of Higher Nursing Education - a clear example of effective implementation of new tasks in medical education. The quality of knowledge obtained by the graduates of the department of the WSO corresponds to the modern requirements of the labor market. Twenty years is a short period, but despite this, a large number of specialists have been trained - nurses with a higher nursing education who successfully work in medical organizations of the Komi Republic. We wish you for many years to preserve the soul's concern, optimism and cheerfulness, so that spiritual youth combined with life experience, wisdom and professional competence would help to find solutions to the most difficult problems».

Minister of Health of the Republic of Komi **D.B Berezin**, 2017



Letter of thanks

Ministry of Health of the Udmurt Republic Gratitude for the joint work on the training of qualified medical personnel Popova Natalia Mitrofanovna – head of the department, professor, doctor of medical sciences of the federal state budgetary educational institution of higher education «Izhevsk State Medical Academy» of the Ministry of Health of the Russian Federation.

I.o. Minister **A.V. Vozdvizhensky**, Izhevsk 2017



Letter of thanks

Ministry of Health of the Republic of Mari El A Letter of Appreciation to Popova Natalya Mitrofanovna – Dean of the Faculty of Higher Nursing Education «Izhevsk State Medical Academy», Doctor of Medicine, Professor. «The Ministry of Health of the Republic of Mari El heartily congratulates you and your team on the 20th anniversary of the faculty's formation and expresses its sincere gratitude for the successful cooperation in the preparation of qualified, creative, sisters-organizers who meet modern requirements. We wish you a successful scientific search, new discoveries, fulfillment of desires and great personal happiness!»

Minister of Health of the Republic of Mari El **M. Pankova**,
City of Yoshkar-Ola, 2017



Letter of thanks

Gratitude Popova Natalia Mitrofanovna, Head of the Department of Public Health and Public Health of the IGMA, Professor, Doctor of Medical Sciences, for his contribution to the training of the highest level in the health care of the Udmurt Republic.

Director of the Udmurt branch of AO Insurance Company «SOGAZ-Med»
V.A. Gavrilov, 2017



President of the Russian Federation V.V. Putin appreciated the many years of conscientious work of Professor Natalia Mitrofanovna Popova for her services in the development of public health and the training of medical personnel, and she was awarded the honorary title of Honored Health Worker of the Russian Federation.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

УДК 378.661 (470.51-25).096:614.253.5:616.1/.4:378.147

Я. М. Вахрушев¹, О. Д. Михайлова¹, Е. Ю. Шкатова², Н. А. Хохлачева¹, Д. М. Михайлов³

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

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела

²Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

³Кафедра патологической физиологии

ОПЫТ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ФАКУЛЬТЕТЕ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Вахрушев Яков Максимович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Михайлова Ольга Дмитриевна** — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (904)316-85-70, e-mail: yagr@udmlink.ru; **Шкатова Елена Юрьевна** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; **Хохлачева Наталья Александровна** — доцент кафедры доктор медицинских наук, доцент; **Михайлов Дмитрий Михайлович** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

В статье обобщен опыт работы кафедры пропедевтики внутренних болезней по преподаванию ряда дисциплин на факультете высшего сестринского образования Ижевской государственной медицинской академии. Приведены основные этапы обучения, результаты методической и научно-исследовательской работы.

Ключевые слова: сестринское дело; пропедевтика внутренних болезней; методическое обеспечение

Ya. M. Vakhrushev¹, O. D. Mikhaylova¹, E. Yu. Shkatova², N. A. Khokhlacheva¹, D. M. Mikhaylov³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Propedeutics of Internal Diseases with a Course in Nursing

²Department of Disaster Medicine and Health and Safety

³Department of Pathological Physiology

THE EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT OF PROPEDEUTIC OF INTERNAL DISEASES IN WORKING WITH THE STUDENTS OF THE FACULTY OF NURSING

Vakhrushev Yakov Maksimovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; **Mikhaylova Olga Dmitrievna** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (904)316-85-70, e-mail: yagr@udmlink.ru; **Shkatova Elena Yuryevna** — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; **Khokhlacheva Natalya Aleksandrovna** — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; **Mikhaylov Dmitriy Mikhaylovich** — Doctor of Medical Sciences, Professor

The article summarizes the experience of the Department of Propedeutics of Internal Diseases in the teaching of several disciplines at the Faculty of Nursing. The main stages of training as well as the results of methodological and research work are described.

Key words: nursing; propedeutics of internal diseases; methodological support

Жизненной необходимостью в условиях реформы здравоохранения явилось реформирование сестринского дела для организации работы сестринского персонала на более высоком уровне. В вузах России было введено заочное обучение на факультетах высшего сестринского образования (ВСО) для подготовки специалистов, имеющих клинический опыт, знания в сфере менеджмента, психологии и педагогики. В условиях глобализации у российских медицинских сестер

появилась возможность получать высшее образование, что способствует повышению социального, общественного, семейного и профессионального статуса специалистов, позволяет сохранить сестринские кадры в профессии. Специалисты с ВСО в силу получаемого образования стали занимать те ниши в здравоохранении, которые ранее занимали врачи — профилактика, статистика, менеджмент, маркетинг, что также способствует рациональному использованию кадров [1, 2, 3, 6].

На кафедре пропедевтики внутренних болезней преподавание было организовано по пяти дисциплинам: начиная с теории сестринского дела на 1 курсе, студенты осваивали пропедевтику внутренних болезней, сестринское дело в терапии с курсом военно-полевой терапии (ВПТ) на 3 курсе, сестринское дело в семейной медицине и сестринское дело в гериатрии на 4 году обучения, охватывая таким образом различные аспекты работы медицинской сестры в терапии. Все эти предметы были новыми для преподавателей кафедры, требовали серьезной подготовки к занятиям и лекциям, что явилось непростой задачей в условиях отсутствия учебных программ, учебно-методических пособий и учебников. Кроме того, не имея опыта преподавания предметов по сестринскому делу, сотрудники клинической кафедры – врачи – должны были изменить привычное мышление и рассматривать лечебно-диагностический процесс с точки зрения медицинской сестры-организатора. Заочная форма обучения, нехарактерная для медицинских вузов, также потребовала вдумчивой методической работы. В первые годы работы приходилось обращаться к опыту зарубежных коллег, коллег из других вузов с опытом работы на факультете ВСО, опыту студентов, являвшихся медсестрами-организаторами [4, 5].

Для обеспечения информационной и методической поддержки обучения деканом факультета ВСО доцентом Н.М. Поповой и президентом РАМСУ Л.К. Бахтиной были организованы учебные семинары с добровольным советником Северо-Американской ассоциации медицинских сестер Донной Саммерхейс (Канада), магистром в сфере образования, бакалавром сестринского дела Беверли Бишоп, председателем правления Ассоциации медсестер Швеции Евой Густаффсон и старшей медицинской сестрой реанимационного отделения Моной Якобсон (Швеция). Кроме того, доцентом Е.Ю. Шкатовой был изучен опыт преподавания терапевтических дисциплин на соответствующих факультетах в Санкт-Петербургской академии им. И.И. Мечникова, в Московской медицинской академии им. Н.М. Сеченова, в Оренбургской и Пермской медицинской академиях; сотрудничество с факультетом ВСО Кировской медицинской академии (ныне – университета) продолжается по сей день.

Лечебные учреждения города и республики предоставляли факультету свои площади для обучения/практики студентов. Большинс-

тво практических занятий проводилось на базе ГКБ № 8 им. И.Б. Однопозова. При изучении акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса студенты посещали поликлинику детской городской больницы № 2, во время цикла «Сестринское дело в семейной медицине» знакомились с работой центра социальной помощи семье и детям «Теплый дом», посещали кабинет врача общей практики села Люк Завьяловской ЦРБ, изучали стационарзамещающие технологии в МСЧ № 5. Благодаря выпускникам факультета ВСО стало возможно проводить занятия в Маммологическом центре, а затем в клинике «Медицея», где директор дома сестринского ухода Г.А. Шаклеина знакомила студентов с организацией сестринского ухода на дому. Директор Нагорного дома-интерната Т.С. Кочурова и главная медицинская сестра И.В. Рудина демонстрировали работу отделения милосердия и возможности реабилитации инвалидов. Для студентов такие занятия были крайне важны, поскольку показывали возможности достижений и развития для выпускников факультета ВСО, реального внедрения знаний и умений менеджера сестринского дела на практике.

При заочной форме обучения важно было грамотно организовать самостоятельную работу студентов. На кафедре были разработаны межсессионные задания, которые студенты получали в конце сессии и могли над ними работать при подготовке к следующему предмету. Поэтапно происходило усложнение заданий – если на первом курсе студенты писали реферативное сообщение с ответами на тестовые задания, на втором – контрольную работу с решением ситуационных задач, где требовалось определенное клиническое мышление, то на 3–4 курсах на предметах «Сестринское дело в терапии», «Сестринское дело в семейной медицине», «Сестринское дело в гериатрии» было необходимо выполнение курсовой работы с использованием материалов собственных исследований. На основе рекомендаций деканата факультета ВСО (декан Н.М. Попова) и решений ЦКМС были разработаны 50 тем курсовых работ, которые ежегодно корректировались с учетом требований практического здравоохранения и специфики работы студентов. В первые годы обучения до 94% студентов отмечали, что у них возникали трудности при выполнении курсовой работы, что связывали с недостатком литературных источников, плохо представляли содержание

новых для себя дисциплин. Выполнение таких работ требует от студентов не только умения ориентироваться в современной литературе и обобщать известные факты, но и развивает навык творческой работы, учит решать актуальные организационные проблемы по внедрению современных сестринских технологий. Так, при проведении работы по циклу «Сестринское дело в семейной медицине» исследованием могло быть отражение сестринского процесса при работе с конкретной семьей, характеристика работы медсестры общей практики, изучение семей, попавших в трудную жизненную ситуацию (тяжелое заболевание члена семьи), анализ работы хосписа. С 2005 года в дополнение к межсессионному заданию студенты составляли паспорт семьи, отработав, что в Завьяловской ЦРБ такой паспорт был апробирован и внедрен в работу социальной службы. Лучшие курсовые работы выносились на защиту и заслушивались на студенческих конференциях. Таким образом студенты приобретали еще и навык публичных выступлений и подготовки презентаций своего труда. К завершению обучения на кафедре 90% студентов отметили, что приобрели опыт выполнения курсовых работ и стали писать их более качественно. Действительно, о высоком качестве работ свидетельствуют более 50 публикаций их результатов в сборниках конференций студентов и молодых ученых г.г. Ижевска, Перми, Екатеринбурга, II–IV конгрессов молодых ученых (Ижевск, 1999, 2000, 2001), республиканских и всероссийских конференций.

Нередко курсовые работы перерастали в дипломные проекты – студенты, овладев опытом исследовательской работы, осуществляли на практике, на своем рабочем месте, реализацию определенных идей по управлению сестринской деятельностью. Выполнение и защита квалификационной дипломной работы является формой итоговой аттестации студентов и важным условием профессиональной подготовки менеджера сестринского дела. Ежегодно на кафедре выполнялось 3–4 дипломных работы, их руководителями использовалось дистанционное управление (большинство студентов были иногородними). Выпускники факультета должны обладать не только теоретическими знаниями, но и умением разработать и организовать сестринский процесс при любой терапевтической патологии, анализировать полученные результаты и возможность их практического применения.

Важна именно практическая ориентированность дипломных проектов, это продемонстрировало внедрение в здравоохранение сестринской истории болезни и маркетинговых программ (в Доме сестринского ухода его директором Г. А. Шаклеиной); универсальной динамической карты сестринского наблюдения (с коррективами согласно специфике отделений внедрена во многих медицинских организациях г. Ижевска, Удмуртской Республики, Кировской области, Республики Коми); методологии преподавания в школах здоровья по различным направлениям – гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии, здоровому долголетию (ГКБ № 8 им. И. Б. Однотопова г. Ижевска, Н. А. Сидорова, Н. А. Шульц; поликлиника МВД, Е. Р. Семенова; Йошкар-Олинская городская больница, Н. В. Филонова); организации системы контроля качества сестринской помощи (менеджеры сестринского дела И. А. Яргунина, Е. А. Лысанова); инфекционной безопасности (О. А. Рудина).

В условиях недостатка необходимой литературы как для студентов, так и для преподавателей на кафедре большое внимание уделялось методической работе. Были разработаны такие активные формы обучения как программированное обучение, алгоритмы действий при неотложных состояниях, ситуационные задачи, варианты контрольных и курсовых работ, проблемные конференции, программы обеспечения лечебно-диагностического процесса при различной нозологии, составление паспорта семьи, оформление сестринской истории гериатрического больного с определением биологического возраста и др. Составлены учебные пособия, которые позволили унифицировать и оптимизировать процесс обучения. «План сестринского обследования пациента», «Сестринские диагнозы», «Теория сестринского дела», «Первая помощь при неотложных состояниях в сестринской практике» были необходимы студентам в течение всех лет обучения, а пособия «Лабораторные методы диагностики» и «Электрокардиография: теория и практика» используются и по сей день студентами других факультетов. Коллективный опыт нашей кафедры совместно с преподавателями Ижевского медицинского колледжа (Н. В. Хетагури, О. А. Морозковой и др.) был использован в издании учебно-методических пособий «Манипуляционная техника», «Пути введения лекарственных средств», с преподавателями Республиканского центра

повышения квалификации (О.Л. Рудиной) – «Инфекционная безопасность в ЛПУ». Всего для студентов факультета ВСО подготовлено и выпущено 17 учебных и учебно-методических пособий, 8 из них имеют гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, 3 – изданы на уровне Российской Федерации в издательстве «Феникс».

Организация учебного процесса на факультете ВСО обогатила и расширила диапазон вопросов, преподаваемых на II курсе лечебного факультета по дисциплине «Терапевтический уход» по направлениям сестринский процесс, философия сестринского дела, безопасная больничная среда в МО, совершенствование сестринских манипуляций. Для студентов-лечебников использовались учебные пособия «Манипуляционная техника» и «Пути введения лекарственных средств», изданные под грифом УМО. Был обновлен лекционный курс для студентов данного факультета с учетом более высоких требований к медицинскому персоналу при работе с биологическим материалом лиц, инфицированных ВИЧ и гепатитами В и С. После введения Федерального государственного образовательного стандарта в программе обучения у студентов лечебного факультета появились новые дисциплины: «Сестринское дело» и «Учебная практика по уходу за больными». При подготовке студентов используется опыт работы на факультете ВСО. Было издано учебное пособие «Сестринское дело в клинике внутренних болезней», получившее гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. Освоенный сестринский процесс помогает студентам лучше ориен-

тироваться в проблемах пациентов при изучении пропедевтики внутренних болезней.

Таким образом, организация учебного процесса на кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела внесла весомый вклад в подготовку специалистов с высшим сестринским образованием, отвечающих современным требованиям практического здравоохранения. Наконец, кафедра успешно использует приобретенный опыт преподавания общего ухода, учебной практики и сестринского дела в организации учебного процесса на лечебном факультете в условиях нового Федерального государственного образовательного стандарта.

Список литературы:

1. **Володин, Н.Н.** Подготовка специалистов сестринского дела в России / Н.Н. Володин // Медицинская сестра. – 1999. – № 1. – С. 38–39.
2. **Двойников, С.И.** Значение проведения научных исследований в сестринском деле для развития здравоохранения / С.И. Двойников // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 4. – С. 84–86.
3. **Лапик, С.В.** Проблемы и перспективы высшего медицинского образования по специальности 060109 – Сестринское дело / С.В. Лапик // Медицинская сестра. – 2008. – № 7. – С. 40–42.
4. **Туркина, Н.В.** Дипломная работа на факультете высшего сестринского образования / Н.В. Туркина // Медицинская сестра. – 2005. – № 6. – С. 3–4.
5. **Шкатова, Е.Ю.** Становление преподавания терапевтических дисциплин на факультете высшего сестринского образования / Е.Ю. Шкатова, Я.М. Вахрушев; под ред. проф. Е.Г. Бутолина [и др.] // Организационно-методические основы управления заочным обучением в медицинском ВУЗе: сборник работ. – Ижевск, 2005. – С. 41–42.
6. **Юденков, В.С.** Сестринское дело в России / В.С. Юденков // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2008. – № 2. – С. 110–112.

УДК 616.33-002.44-084

Л. В. Мышкина¹, Е. Ю. Шкатова², Н. М. Попова³

¹КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», Кировская область
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ Удмуртская Республика

²Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

³Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ПРИМЕНЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мышкина Людмила Витальевна – преподаватель отдела дополнительного профессионального образования кандидат медицинских наук; 610035, г. Киров, ул. Воровского, 62-30, тел. 8-905-870-74-67, e-mail: ludmilawita@gmail.com; **Шкатова Елена Юрьевна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; **Попова Наталья Митрофановна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье дана оценка эффективности комплексной лечебно-профилактической помощи пациентам с язвенной болезнью с использованием обучающих программ на основе сестринских технологий. Обоснованием для разработки программ явился низкий уровень знаний пациентов о заболевании, принципах здорового образа жизни, низкое качество жизни. В ходе внедрения терапевтического обучения интегральный показатель качества жизни достоверно повысился как в группе пациентов с осложненным течением язвенной болезни на 33,6%, так и с не осложненным её течением – на 20,1%.

Ключевые слова: язвенная болезнь; качество жизни; образовательные программы; сестринские технологии

L. V. Myshkina¹, E.Yu. Shkatova², N. M. Popova³

¹Kirov Regional Clinical Hospital, Kirov region
Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

²Department of Disaster Medicine and Health and Safety

³Department of Public Health and Health Care Service

USING NURSING EDUCATIONAL PROGRAMS TO IMPROVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER

Myshkina Lyudmila Vitalyevna — Instructor of the Department of Further Vocational Education, Candidate of Medical Sciences; 62 apt. 30, Vorovskogo st., Kirov 610035, tel.: 8-905-870-74-67, e-mail: ludmilawita@gmail.com; **Shkatova Elena Yuryevna** — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; **Popova Natalya Mitrofanovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department

The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of comprehensive medical and preventive care for patients with peptic ulcer using educational programs based on nursing technologies. The development of the programs was caused by a low level of patients' knowledge about the disease and the principles of healthy life style, as well as by poor quality of life. During the implementation of therapeutic training integrated index of quality of life increased by 33.6% in patients with complicated ulcer, and by 20.1% in patients with uncomplicated condition.

Key words: peptic ulcer; quality of life; educational programs; nursing technologies

В последние годы большое значение в улучшении качества жизни (КЖ) пациентов придается не только лечебным мероприятиям, но и повышению уровня медицинской грамотности пациентов, что помогает им легче приспосабливаться к своему состоянию и имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение за счет снижения прямых и косвенных затрат на лечение [1, 2, 4, 5].

В настоящее время большое внимание уделяется терапевтическому обучению пациентов с внедрением структурированных программ, разработанных в кардиологии, диабетологии, пульмонологии, гинекологии [3,6]. Несмотря на уже имеющийся опыт в «школах здоровья», остается много нерешенных вопросов при внедрении обучающих технологий в гастроэнтерологии. Не разработан организационный механизм управления качеством образования пациентов, мониторинг образовательного уровня пациента — его медицинской активности и влияние их на КЖ, не определена оптимальная модель обучения. Все это диктует необходимость разработки и внедрения эффективных моделей обучения пациентов с язвенной болезнью (ЯБ).

Цель исследования: совершенствование организации лечебно-профилактической помощи пациентам с ЯБ путем внедрения обучающих структурированных программ с использованием сестринских технологий при организации гастро-школы.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с различным течением заболевания, обучающие-

ся в гастро-школе. Первая группа формировалась методом сплошного исследования, в неё вошли 85 пациентов, оперированных по поводу осложненного течения ЯБ и получавших лечение в хирургическом отделении. Во вторую группу вошли 83 пациента с неосложненным течением ЯБ, получавшие эрадикационную и антисекреторную терапию в гастроэнтерологическом отделении.

Для оценки качества жизни пациентов использовался метод интервьюирования по анкетам «КЖ КНЦ РАМН» Я. М. Рутгайзера и А. Г. Михайлова и «AQLPUD–ISMA» Л. Ф. Молчанова и др. [7]. Психоэмоциональный статус изучали по уровню самочувствия, активности, настроения (тест САН).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании установлено, что основным источником информации о заболевании для 64,7±2,6 на 100 исследуемых являлся лечащий врач, для 29,3±2,5 — средства массовой информации и только 6,0±0,01 пациентов получали информацию о ЯБ от медицинской сестры. Наиболее приемлемой формой обучения для 56,8±2,7 на 100 пациентов являлась личная беседа с врачом или медицинской сестрой, для 22,6±2,3 — «школа здоровья». Обучение в «школе здоровья» для пациентов с ЯБ проводилось с использованием предложенной управленческой модели, построенной на пятиэтапной технологии «сестринский процесс». Организатором «школы здоровья» явился менеджер сестринского дела — медсестра с высшим образованием, владеющая знаниями педагогики и психологии. Разработана сестринская документация, алгоритмы сестринского ухода, стандарты по обучению, осуществ-

влен контроль качества ухода за данной категорией пациентов. В работе сестринской «школы здоровья» врачи выполняли роль консультантов.

Программа обучения включала разделы: анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта; понятие о ЯБ и её осложнениях; виды операций на желудке, понятие о постгастрорезекционных синдромах; питание при ЯБ и в послеоперационный период; медикаментозная и немедикаментозная терапия ЯБ; физическая активность; помощь при стрессе, депрессии и бессоннице; роль негигиенических привычек в развитии ЯБ и её осложнений; пути повышения приверженности к лечению.

Занятия осуществлялись методом активного обучения и имели единую структуру, на них учитывались приоритетные проблемы пациентов согласно технологии «сестринский процесс». Состояли они из трех основных частей: вводной; основной, состоящей из информационного раздела и активных форм обучения; заключительной. Вводная часть включала знакомство с пациентами, с темой и целью занятия. В основной части осуществлялось изложение материала, контроль его усвоения и отработка практических навыков. При подведении итогов занятия медицинская сестра подчеркивала основные аспекты темы занятия, отмечала обязательные успехи пациентов.

Внедренный метод организационного эксперимента по разработке и апробации структурированной программы терапевтического обучения по предложенной модели показал высокую эффективность по данным ближайших и отдаленных результатов. Углубление знаний о заболевании и принципах здорового образа жизни привело к изменению отношения пациентов к собственному здоровью. Важной составляющей здорового образа жизни после обучения помимо рационального питания и двигательной активности для $94,1 \pm 2,6$ и $89,0 \pm 2,0$ на 100 пациентов обеих групп (до обучения – $9,4 \pm 0,5$ и $26,4 \pm 2,8$, соответственно) стал самоконтроль за своим состоянием. Если до обучения только каждый десятый респондент первой группы считал самоконтроль одним из важных факторов сохранения здоровья, то после обучения – $92,8 \pm 2,8\%$. Достоверно ($p < 0,001$) в обеих группах повысилась мотивация пациентов на выполнение оздоровительных практик, соблюдение режима труда и отдыха, рационального и сбалансированного питания, активизацию двигательного режима.

О положительном эффекте применения терапевтического обучения судили по позитивной динамике в эмоциональном статусе больных, который характеризовался повышением самочувствия (с $2,6$ до $5,0$ балла и с $3,0$ до $5,2$ балла соответственно), активности (с $3,5$ до $5,2$ и с $3,9$ до $5,6$ балла), настроения (с $2,8$ до $5,3$ и с $3,5$ до $5,7$ балла) в первой и второй группе соответственно.

Средний профиль качества жизни наблюдаемых достоверно увеличился по таким показателям, как необходимость лечиться – на $91,1 \pm 2,8\%$, соблюдение диеты – на $80,4 \pm 3,9\%$, избегание эмоциональных нагрузок – на $99,0 \pm 0,9\%$, ограничение курения – на $70,6 \pm 4,5\%$. Индекс качества жизни возрос с – $12,6 \pm 0,6$ и – $12,5 \pm 0,7$ балла до – $7,4 \pm 0,8$ и – $7,6 \pm 0,6$ балла в первой и второй группе соответственно ($p < 0,001$).

Установлено, что с возрастом пациентов снижался уровень КЖ как в первой группе ($r = -0,62$), так и во второй ($r = -0,72$). Это, вероятно, связано с нарушениями психосоциальной адаптации пациентов старших возрастных групп, что может служить прогностическим критерием тяжести течения заболевания. Однако при увеличении длительности заболевания КЖ пациентов повышалось ($r = 0,53$ и $r = 0,52$ соответственно). По нашему мнению, это обусловлено тем, что пациенты «научаются», приспосабливаются жить с болезнью при наиболее приемлемом для них КЖ.

Показатели физического функционирования были достоверно снижены в обеих группах за счет ограничений в физической активности и возможности получать удовольствие от работы, достоверно худшими у пациентов с осложненным течением ЯБ. Физическая сила пациентами оценена на $1,7 \pm 0,4$ и $2,7 \pm 0,5$ балла, работоспособность – на $1,2 \pm 0,4$ и $2,7 \pm 0,5$ балла в первой и второй группах соответственно. Ролевое-эмоциональное функционирование характеризовалось низкой степенью удовлетворенности жизнью ($2,8 \pm 0,3$ и $2,9 \pm 0,3$ балла соответственно).

Показатели «социального функционирования» у пациентов первой группы были достоверно снижены ($4,7 \pm 0,3$ балла) в сравнении со второй группой ($6,2 \pm 0,3$ балла) за счет уменьшения социальных контактов с родственниками, членами семьи и коллегами по работе, а также неудовлетворенности своим со-

циальным положением вследствие снижения должностного статуса и уровня материального благополучия. Это подтверждает и социологический опрос, показавший, что удовлетворены жизненной ситуацией полностью только $12,9 \pm 3,6$ и $14,5 \pm 2,2$ из 100 пациентов первой и второй группы, соответственно.

Субъективная оценка выраженности клинических симптомов достоверно ниже у пациентов с осложненным течением ЯБ ($45,5 \pm 0,3$ и $50,0 \pm 0,2$ балла соответственно) за счет более выраженного болевого и диспепсического синдромов, а также астеновегетативных проявлений в виде потливости. После применения обучающих технологий средний показатель субъективной оценки выраженности клинических симптомов вырос в обеих группах на 5,5 и 3,4 балла соответственно.

Интегральный показатель качества жизни достоверно повысился на 32,0 и 23,2 балла за счет повышения показателей субъективной выраженности клинических симптомов на 29,7 и 24,8%, физического – на 126,4 и 68,8%, психического функционирования – на 14,9 и 11,1%, жизнеспособности – на 13,5 и 12,2% и общего восприятия здоровья – на 21,4% и 20,6%.

Наблюдается тенденция к росту показателей социального и ролевого-эмоционального функционирования. Статистически значимое повышение показателей качества жизни по критериям жизнеспособность и физическое функционирование связано с купированием болевого синдрома и нормализацией клинической симптоматики на фоне применения эрадикационной терапии и обучения. Показатели психического функционирования возросли за счет повышения адаптационных возможностей организма вследствие нормализации эмоционального статуса, что сказалось на росте показателей ролевого-эмоционального функционирования и социального функционирования.

Об эффективности обучающих технологий свидетельствует и повышение медицинской активности пациентов. В результате социологического опроса, проведенного через год после обучения в «школе здоровья» пациенты имели достаточно высокий уровень мотивации к проведению самоконтроля и выполнению полученных рекомендаций по организации своей повседневной жизни. У большинства из них сформировались личностные установки в пользу здорового

образа жизни. Все пациенты первой группы и $56,9 \pm 3,2\%$ респондентов второй изменили образ жизни. Для поддержания здоровья продолжали выполнять рекомендации врача и медицинской сестры $88,9 \pm 7,4$ и $76,8 \pm 2,7\%$ респондентов обследованных групп, $77,8 \pm 9,8$ и $52,4 \pm 3,2\%$ изменили двигательный режим и характер питания, $33,3 \pm 11,1$ и $28,5 \pm 2,9\%$ – увеличили время на отдых и сон.

Вывод. Таким образом, комплексная программа реабилитации пациентов с язвенной болезнью с использованием методики обучения пациентов в гастро-школе показала свою клиническую, социальную и психологическую эффективность за счет улучшения качества жизни пациентов и повышения приверженности к выполнению рекомендаций врача и медсестры. Исследование качества жизни является важным инструментом для оценки эффективности реабилитационных программ и динамики состояния больного. Организация гастро-школы с использованием сестринских технологий является важным фактором повышения приверженности пациентов к лечению в результате изменения его отношения к заболеванию и формирования у него мотивированного поведения по изменению образа жизни через повышение уровня гигиенической грамотности.

Список литературы

1. Молчанова, Л.Ф. Оценка качества жизни как критерий эффективности лечения больных с хронической патологией / Л.Ф. Молчанова, Е.А. Кудрина, Е.Ю. Шкатова // Здравоохранение. – 2006. – № 10. – С. 43–47.
2. Мышкина, Л.В. Влияние гигиенической грамотности и медицинской активности пациентов на течение язвенной болезни / Л.В. Мышкина, Е.Ю. Шкатова // Научно-теоретический и практический журнал Уральский научный вестник. – 2014. – № 7 (86). – С. 57–61.
3. Мышкина, Л.В. Школы здоровья. Работу ведет медсестра / Л.В. Мышкина // Сестринское дело. – 2010. – № 5. – С. 40–41.
4. Шкатова, Е.Ю. Прогнозирование заболеваемости язвенной болезнью населения Кировской области / Е.Ю. Шкатова, Л.В. Мышкина // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2010. – № 1. – С. 32–36.
5. Шкатова, Е.Ю. Повышение качества жизни больных язвенной болезнью через внедрение образовательных программ / Е.Ю. Шкатова, Л.В. Мышкина // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. – № 4. – С. 24–30.
6. Шкатова, Е.Ю. Применение обучающих технологий как фактор повышения качества жизни пациентов с язвенной болезнью / Е.Ю. Шкатова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: материалы 14-й Российской гастроэнтерологической недели. – 2008. – Т. 28, № 5. – С. 198.

УДК 378.661:378.47:614

И. Б. Мустафакулов, Т. К. Камалов, Л. Т. Рахматова

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии

МОДУЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА С ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Мустафакулов Ишназар Бойназарович — заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел.: +998 90 212 728 494, e-mail: umumxirurgiya@mail.ru; Камалов Тоир Камалович — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Рахматова Лайло Темурхановна — ассистент кафедры

Модель построения учебного процесса позволяет осуществлять подготовку специалиста — медицинскую сестру — на разных этапах лечебного процесса, которая способна осуществлять анализ и прогноз существующей ситуации, своевременно принимать наиболее эффективное управленческое решение.

Ключевые слова: модульная модель; дистанционное обучение; сестринское дело

I. B. Mustafakulov, T. K. Kamalov, L. T. Rakhmatova

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of General Surgery, Radiation Diagnostics and Therapy

MODULAR TEACHING IN THE TRAINING OF A SPECIALIST WITH A DEGREE IN NURSING

Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department, 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 90 212 728 494, e-mail: umumxirurgiya@mail.ru; Kamalov Toir Kamalovich — Candidate of Medical Sciences, Lecturer; Rakhmatova Laylo Temurkhanovna — Lecturer

The article presents a technology of teaching in the practice of medical education — a modular model of constructing the learning process that allows the training of a specialist manager who is aware of the content of nurse's work at different stages of the treatment process, is capable of analyzing and forecasting the current situation and takes the most effective management decision in a timely manner.

Key words: modular model; distance learning; nursing

Система профессионального образования призвана обеспечить дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей населения и рынка услуг и гарантировать соответствующую квалификацию и компетентность в решении профессиональных задач. Совершенствование профессионального образования предусматривает развитие педагогических технологий и учебно-методического обеспечения специалистов по всем уровням и формам обучения [4]

Цель исследования: создание модульной системы обучения по формированию знаний, умений и навыков медицинской сестры на разных этапах осуществления лечебного процесса с анализом существующих проблем и принятием решения в соответствии с индивидуальными потребностями пациента.

Определены задачи для достижения образовательной цели:

1. Руководство сестринским персоналом и разработка управленческих решений по повышению эффективности работы учреждения.

2. Организация и оказание сестринской помощи, ориентированной на индивидуальные потребности пациента и семьи.

3. Управление и организация сестринской помощи в условиях общеврачебной практики в различных медицинских организациях.

Материалы и методы исследования. Новизной технологии обучения является создание в практике медицинского образования модульной модели построения учебного процесса.

Технологию модульного обучения образует модуль «Клиническое медсестринство в хирургии». Обучение проводится на лекциях и практических занятиях с применением методов активного обучения. Полученные знания и умения составления индивидуальных планов ухода, программ восстановления и реабилитации хирургических пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи закрепляются на практике при выполнении контрольной работы в межсессионный период. За контрольную работу выставляется оценка. Изучение данной дисциплины завершается экзаменом.

Очень важна отработка структуры взаимодействия между различными лечебными и диагностическими подразделениями, участвующими в лечебном процессе, и своевременность выполнения каждым подразделением функций, необходимых в каждом конкретном случае. Ор-

ганизатором и координатором в описанной форме работы выступает медицинская сестра.

Практика имеет огромное значение для формирования организатора новой формации, готового к быстрому реагированию на изменяющиеся условия и активно стремящегося внедрять современные модели оказания помощи пациенту в соответствии с потребностями здравоохранения. Полное обучение специалиста завершается сдачей государственных экзаменов.

Модуль обеспечен авторскими электронными обучающими и контролирующими учебными пособиями. Для дистанционного обучения кафедрами созданы обучающие информационные блоки для работы в Интернете. Студенты имеют возможность использовать методические пособия профильных хирургических кафедр через сайт института. На сайте также имеются рабочие программы с темами контрольных работ, требования по написанию контрольных работ, электронные обучающе-контролирующие пособия и контрольно-тестирующие комплекты. Все материалы используются студентами для самоподготовки в межсессионный период.

Результаты исследования и их обсуждение.

В процессе обучения необходимо научить студентов умению сравнивать, проводить анализ, обобщение, делать выводы, уметь определять и обосновывать цели и задачи, самостоятельно строить гипотезы, уметь логически рассуждать и отстаивать свое мнение. С этой целью в учебный процесс внедрена технология активного обучения, которая включает методы, стимулирующие познавательную деятельность обучающихся, вовлекающие каждого из них в мыслительную и поведенческую активность [1,5]

Преподавателями применяются разные методы активного обучения: дидактические игры, деловые и ролевые игры по разработанному сценарию, анализ конкретных клинических ситуаций, решение ситуационных задач, разбор сестринской документации, выполнение индивидуальных заданий аналитического характера, проблемные лекции, учебные дискуссии, исследовательский метод.

В данный комплекс обучения входят учебные муляжи и тренажеры центра практических навыков института; компьютерные классы; компьютеры и мультимедийные комплексы на профильных кафедрах; учебные фильмы; презентации *Powerpoint* по отдельным тематикам; комплекты контрольно-измерительных материалов по профильным дисциплинам, включая исходный, промежуточный

и конечный контроль уровня знаний; банк комплексных ситуационных задач; книга учета матрикулов практической подготовки студентов.

Выпускники могут осуществлять оперативный поиск, обмен, анализ информации в области исследований в сестринской практике, проводить сестринские исследования и создавать условия для их осуществления. В результате обучения по данной технологии у специалистов формируется потребность переоценки накопленного опыта, анализа своих возможностей, приобретения новых знаний, использования различных форм управления, информационных образовательных технологий, потребность самосовершенствования, саморегулирования, самореализации в профессиональной деятельности. Данная технология позволяет выпускать управленцев, ориентированных на осуществление адекватного социального взаимодействия, кооперации и сотрудничества с коллективом, партнерами, пациентами и их родственниками, на работу в междисциплинарной команде.

Вывод. Таким образом, результатом реализации предлагаемой технологии для преподавателя является овладение активными и инновационными методами обучения. При проведении занятий преподаватель осваивает метод деловой и ролевой игры по разработанному сценарию, метод учебной дискуссии, метод устного и письменного «мозгового штурма», метод работы в малых группах. Овладевает надпредметными компетенциями, в частности, методиками статистического анализа данных, работой с компьютерными программами, методикой создания электронных обучающе-контролирующих пособий.

Список литературы

1. **Ивашкина, Е.В.** Симуляционный тренинг, как методологический подход в подготовке студентов / Е.В. Ивашкина, К.А. Данилова, Е.П. Сорокин // Виртуальные технологии в медицине. – 2015. – № 2 (14). – С. 25.
2. **Полат, Е.С.** Современные педагогические и информационные технологии в системе образования / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина; под ред. Е.С. Полат. – М.: Академия, 2007. – 368 с.
3. **Попова, Н.М.** Опыт организационно-методического обеспечения преподавания вопросов стандартизации сестринских технологий / Н.М. Попова, К.А. Данилова // Внутривузовская система управления качеством медицинского образования: материалы науч.-метод. конф. – Ижевск, 2008. – С. 208–210.
4. Разработка и внедрение модульной технологии обучения в образовательном процессе по специальностям «Лечебное дело», «Стоматология»: методические рекомендации. – М.: Медицина для всех, 2007. – 44 с.
5. **Чошанов, М.А.** Гибкая технология проблемно-модульного обучения: метод. пособие / М.А. Чошанов. – М.: Народное образование, 1996. – 160 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.253:616-083.98

Д. С. Исламова, Ш. М. Ибатова

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра педиатрии № 4

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Исламова Дильбар Садыковна — заместитель декана факультета высшего сестринского дела, старший преподаватель; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел. +998913188402, e-mail: d.islamova-79@mail.ru; **Ибатова Шоира Мавляновна** — доцент кафедры кандидат медицинских наук

Проведенное анкетирование позволило выявить мнение пациентов о соблюдении этико-деонтологических норм среди персонала со средним медицинским образованием.

Ключевые слова: этика; деонтология; медицинская сестра; пациенты

D. S. Islamova, Sh. M. Ibatova

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Pediatrics No. 4

MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE WORK OF A NURSE

Islamova Dilbar Sadykovna — Deputy Dean of the Faculty of Nursing, Senior Lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel. +998913188402, e-mail: d.islamova-79@mail.ru; **Ibatova Shoira Mavlyanovna** — Associate Professor, Candidate of Medical Sciences

The conducted questioning allowed us to reveal the patients' opinion on the problem of compliance with ethical and deontological norms among nurses. We analyzed the responses of patients who participated in the survey.

Key words: ethics; deontology; nurse; patients

В настоящее время, несмотря на улучшение материально-технической базы медицинских организаций и уровня диагностики, актуальным является вопрос соблюдения деонтологии и этических норм. Медицинская этика изучает моральные [1, 2], а медицинская деонтология — профессиональные отношения между врачом, сестрой, больным и его родственниками [3]. Поступает достаточно много жалоб по качеству оказания медицинской помощи, особенно по несоблюдению и невыполнению этико-деонтологических норм. Очевидно, что пациент, попадая в медицинскую организацию, находится в состоянии стресса, переживает состояние тревоги и страха, и тут необходимо качественно оказать медицинскую помощь пациенту и постараться наладить с ним контакт, чтобы поддержать его [4, 5].

Цель исследования: определить этико-деонтологические принципы работы медицинской сестры с пациентами.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на всех учебных клинических базах Самаркандского медицинского института за период с 2016 по 2017 год. В исследовании приняли участие 168 медицинских сестер с факультета высшего сестринского дела и 175 пациентов. Проводились анкетирование, наблюдение.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное анкетирование позволило выявить мнение пациентов о соблюдении этико-деонтологических норм персонала со средним медицинским образованием. Мы проанализировали ответы пациентов, принимавших участие в анкетировании. Была выявлена частота проявле-

ний несоблюдения этических норм по отношению к пациентам: 47 % участников ответили, что им приходилось с этим сталкиваться, но не часто, 35 % ответили, что часто, 18 % ответили, что не приходилось. В 75 % случаев отмечалось добровольное отношение к пациентам.

Следующее анкетирование было проведено для оценки этико-деонтологического поведения студентов факультета высшего сестринского дела при работе с пациентами. На вопрос: «Знакомы ли Вы с понятиями этики и деонтологии?» 88 % студентов ответили положительно, т.е. базовые знания о нормах этики и деонтологии у них существуют. На вопрос: «Необходимо ли применение принципов этики и деонтологии в практике среднего медицинского персонала?» 70 % участников ответили – да, 30 % участников отметили, что это возможно, но очень трудно.

Перечислив основные причины, по которым применение принципов этики и деонтологии затруднено, многие указывали сразу несколько: 25 % студентов – нет времени, 25 % – недостаток профессионализма.

Непрерывное обучение и внедрение принципов этики и деонтологии оказывают положительное влияние на процесс предоставления медицинских услуг средними медицинскими работниками и на результаты качества оказания медицинской помощи. На вопрос: «Хотели бы Вы систематически повышать уровень знаний в области этики и деонтологии?» 95 % опрошен-

ных ответили положительно, 5 % участников затруднились ответить. Результаты ответов показывают, что проводить курсы повышения квалификации по вопросам этики и деонтологии необходимо, и средний медицинский персонал проявляет инициативу в проведении такого рода мероприятий.

Таким образом, в результате исследования выявили, что проблема существует, но важен системный подход к её решению.

Практическая значимость проведенного исследования заключалась в том, чтоб его результаты использовались для повышения уровня знаний медицинской этики и деонтологии в практическом здравоохранении.

Список литературы

1. **Алексеева, Е. Б.** Воспитание нравственно-этической культуры медицинских сестер лечебного учреждения [Электронный ресурс] / Е. Б. Алексеева // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 22–25.
2. Деонтология в медицине / под ред. Б. В. Петровского. – М., 2011. – Т. 2. – 390 с.
3. **Езова, С. А.** Профессиональное общение: новые нюансы и аспекты: научно-практическое пособие / С. А. Езова. – М.: Либерия-Бибинформ, 2012. – 96 с.
4. **Козыревская, Л. П.** Этические проблемы современной медицины: сборник документов / сост. Л. П. Козыревская; под ред. А. С. Арапова, А. В. Грехова. – Н. Новгород: НГМА, 2005. – 170 с.
5. **Лаврова, Н. Н.** Духовно-нравственное воспитание студентов в медицинском университете / Н. Н. Лаврова, И. Е. Плотнокова, А. А. Филозоф // Казанская наука. – 2016. – № 5. – С. 98–100.

УДК 616.831-005.08

К. В. Шмырина, Н. Ф. Вязикова, Н. Н. Абдуллаева, Д. С. Исламова

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Кафедра педиатрии № 4

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шмырина Ксения Владимировна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел +998902768828, e-mail: hetaira84@mail.ru; **Вязикова Наталья Фёдоровна** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна** – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Исламова Дильбар Садиковна** – старший преподаватель

Реабилитация пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения – важная медицинская и социальная проблема. Проведён анализ работы медицинских сестёр клиники Самаркандского государственного медицинского института, участвующих в реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Ключевые слова: медсестринская помощь; последствия перенесенного инсульта; реабилитация

K.V. Shmyrina, N.F. Vyazikova, N.N. Abdullaeva, D.S. Islamova

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

Department of Neurology and Neurosurgery

Department of Pediatrics No.4

THE ROLE OF NURSES IN REHABILITATION OF PATIENTS SUFFERING THE CONSEQUENCES OF AN ACUTE STROKE

Shmyrina Ksenia Vladimirovna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +99890 2768828, e-mail: hetaira84@mail.ru; **Vyazikova Natalia Fedorovna** — Candidate of Medical Sciences, Lecturer; **Abdullaeva Nargiza Nurmamatovna** — Doctor of Medical Sciences, Professor; **Islamova Dilbar Sadikovna** — Senior lecturer

Rehabilitation of patients suffering the consequences of an acute stroke is an important medical and social problem. The nurse plays an important role in this process; in this connection the work of the nurses of the Clinic of Samarkand State Medical Institute was analyzed.

Key words: nursing care; consequences of a stroke; rehabilitation

В настоящее время в Узбекистане частота встречаемости острой цереброваскулярной патологии почти не отличается от таковой в мире. По данным ряда авторов, в последнее время в стране отмечается более 40 тыс. инсультов в год. При этом летальность составляет 44,6 %, к трудовой деятельности возвращаются не более 10,2 % больных, а 42,2 % остаются инвалидами [1,4,7]. В связи с этим реабилитация пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — важная медицинская и социальная проблема. По определению ВОЗ (1983 г.), реабилитация и абилитация — это процессы, направленные на обеспечение того, чтобы инвалиды смогли достигнуть и поддерживать оптимальный уровень физического, сенсорного, интеллектуального, психологического и/или социального функционирования. Реабилитация охватывает широкий диапазон деятельности, включая реабилитационную медицинскую помощь, физиотерапию, психотерапию, логопедию и эрготерапию, а также вспомогательные услуги [6].

Нейрореабилитация, или реабилитация больных неврологического профиля, является разделом медицинской реабилитации, которая рассматривает как состояние нервной системы, так и функциональные возможности пациента в связи с развившейся неврологической патологией [3,5]. Медсестра несет ответственность за безопасность ухода, оценку и наблюдение за физическим и психологическим состоянием пациента, принятие необходимых мер и своевременное информирование врачей, предоставление постоянной физической и психологической подде-

ржки пациенту и ухаживающим за ним лицам. Поэтому медицинская сестра способна координировать реабилитационный процесс с момента поступления больного до его выписки [2].

Цель исследования: оценить работу медсестёр клиники Самаркандского государственного медицинского института (далее — СамМИ), участвующих в реабилитации пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. В период с 2013 по 2017 год обследовано 100 пациентов, из них 67 мужчин и 23 женщины, средний возраст $57,6 \pm 8,7$ года, проходящих реабилитационное лечение после перенесенного ОНМК в неврологическом отделении клиники СамМИ. Критериями исключения были ранний восстановительный период после инсульта, наличие инфаркта миокарда, нарушение ритма сердца и неконтролируемая артериальная гипертензия, туберкулёз в анамнезе, нарушение функции тазовых органов и глотания, возраст до 70 лет. Всем обследуемым проведены общий неврологический осмотр для выявления степени инвалидизации, общие анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, КТ или МРТ головного мозга. Качество проведённых реабилитационных мероприятий оценивали при помощи шкалы Бартела, удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи оценивали путём опроса пациентов перед выпиской. Для реализации реабилитационных мероприятий под контролем врачей была сформирована команда медсестёр неврологического отделения, медсестёр-инструкторов кинезотерапии, массажисток,

медсестёр физиотерапевтического кабинета. Медсёстры неврологического отделения так же осуществляли обучение родственников правилам ухода за данным контингентом больных.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании по шкале Бартела (оцениваются не только количественные показатели уровня жизнедеятельности, но и независимость пациента от посторонней помощи в повседневной жизни) проведена оценка функциональной независимости больных на момент поступления (табл. 1).

На момент поступления у пациентов в восстановительном периоде основными проблемами оказались: вставание с постели – 10,4%, приём пищи – 31,3%, а так же одевание, контроль функции тазовых органов и посещение туалета – 39,6%.

На момент выписки был проведён повторный опрос для оценки эффективности проведенного лечения (табл. 2).

На момент выписки выраженность проблем пациента поменялась: при вставании с постели в посторонней помощи не нуждался ни один пациент, что связано с правильным обучением пациентов и созданием условий, при которых пациент может самостоятельно встать с кровати (таких как поручень на стороне здоровой конечности). Так же наблюдалось улучшение других параметров: посещение туалета, приём ванны, одевание и подъём по лестнице, приём пищи.

На момент выписки был проведён опрос пациентов об удовлетворённости оказанием медицинской помощи медицинскими сёстрами (табл. 3).

Таблица 1. Оценка функциональной независимости пациентов на момент поступления (на 100 опрошенных)

№	Исследуемый параметр	В помощи не нуждаюсь	Необходима частичная поддержка	Нуждаюсь в поддержке
1	Прием пищи	56	31,3	-
2	Персональный туалет	52,1	43,7	4,2
3	Одевание	56,2	39,6	4,2
4	Прием ванны	43,8	52	4,2
5	Контроль тазовых функций	60,4	39,6	-
6	Посещение туалета	60,4	39,6	-
7	Вставание с постели	89,6	10,4	-
8	Передвижение	47,9	52,1	-
9	Подъем по лестнице	33,3	62,5	4,2
Всего		56,9	41,2	1,9

Таблица 2. Оценка функциональной независимости больных на момент выписки (на 100 опрошенных)

№	Исследуемый параметр	В помощи не нуждаюсь	Необходима частичная поддержка	Нуждаюсь в поддержке
1	Прием пищи	87,5	12,5	-
2	Персональный туалет	83,3	16,7	-
3	Одевание	87,5	12,5	-
4	Прием ванны	83,3	16,7	-
5	Контроль тазовых функций	87,5	12,5	-
6	Посещение туалета	100	-	-
7	Вставание с постели	100	-	-
8	Передвижение	83,3	16,7	-
9	Подъем по лестнице	87,5	12,5	-
Всего		88,9	11,1	-

Таблица 3. Удовлетворённость пациентов оказанием медицинской помощи (на 100 опрошенных)

№	Показатель качества оказания медсестринской помощи	Удовлетворён	Удовлетворён не полностью	Не удовлетворён
1	Квалификация медицинской сестры	100	-	-
2	Отношения медицинской сестры к пациентам	100	-	-
3	Выполнение объема назначенных процедур	100	-	-
4	Своевременность выполнения назначенных процедур	93	7	-
5	Безопасность выполнения манипуляций	94	6	-
6	Удовлетворенность пациента сестринской помощью	93	7	-

По нашим данным, 93 % пациентов были удовлетворены оказанием медицинской помощи, что связано, по мнению пациентов, с высокой профессиональной квалификацией, внимательностью, отзывчивостью медсестёр. Больные были уверены в том, что получают помощь в полном объёме, при недостаточном понимании методик реабилитации с ними были проведены дополнительные беседы. Помимо этого медсестрами неврологического отделения были даны рекомендации родственникам, ухаживающим за пациентами на дому.

Вывод. Модель сестринского ухода, ориентированная на пациента и его нужды, создание команды, преемственность и слаженность работы всех её звеньев является необходимым условием для осуществления профессионального ухода и позволяет улучшить качество жизни пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Проведение реабилитационных мероприятий направлены не

только на работу с пациентами, а также с их родственниками, что позволит быстрее интегрировать указанный контингент больных в общество.

Список литературы

1. Ажиева, З.Б. Динамика и прогноз заболеваемости мозговыми инсультами по данным регистра г. Нукуса: матер. IV съезда неврологов Узбекистана / З.Б. Ажиева // Неврология. – 2008. – № 3–4. – С. 44.
2. Балунов, О.А. Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса / О.А. Балунов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – № 3. – С. 60–65
3. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
4. Гафуров, Б.Г. Распространенность и клиническая структура мозговых инсультов в Узбекистане, по данным госпитального регистра / Б.Г. Гафуров // Актуал. пробл. хирургии: докл. Респ. науч. конф., 6–7 окт. 2009. – Ташкент, 2009.
5. Гусев, Е.И. Реабилитация в неврологии / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, А.Б. Гехт // Кремлевская медицина. – 2001. – № 5. – С. 29–32
6. Доклад комитета экспертов ВОЗ. – 1983.
7. Маджидова, Ё.Н. Факторы риска и прогнозирование ишемического инсульта у лиц молодого возраста: методическая рекомендация / Ё.Н. Маджидова, Д.Р. Сагатов, Х.А. Расулова. – Ташкент, 2010. – 54 с.

УДК 614.253.5:331.108.38

И. Б. Стародубцев, А. И. Хуснутдинова, Н. В. Никифорова

БУЗ УР «Городская клиническая больница № 7 МЗ УР», Удмуртская Республика

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Стародубцев Игорь Борисович — главный врач кандидат медицинских наук; г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 81, тел.: 8 (3412) 46-06-43, e-mail: priem@neiromed.net; Хуснутдинова Аида Ильсуровна — главная медсестра; Никифорова Нина Васильевна — медсестра-анестезист

Проанализированы факторы, влияющие на адаптацию молодого специалиста, которые способствуют повышению качества сестринской помощи пациентам.

Ключевые слова: адаптация; молодой специалист; наставничество

I. B. Starodubtsev, A. I. Khusnutdinova, N. V. Nikiforova

Municipal Clinical Hospital No. 7, Udmurt Republic

STUDYING THE PROBLEM OF ADAPTATION OF NURSES AT THE BEGINNING OF THEIR CAREERS

Starodubtsev Igor Borisovich — Candidate of Medical Sciences, Head doctor, 81 Votkinskoye Shosse, Izhevsk, tel.: 8 (3412) 46-06-43, e-mail: priem@neiromed.net; Khusnutdinova Aida Ilsurovna — Chief nurse manager; Nikiforova Nina Vasilyevna — Nurse anesthetist

The authors analyze factors which influence adaptation of nurses at the beginning of their careers and promote increasing the quality of nursing care of the patients.

Key words: adaptation; nurses at the beginning of their careers; mentorship

Одним из критериев качества медицинской помощи является показатель обеспеченности кадрами в системе здравоохранения, так как только наличие кадров, их квалификация и распределение, условия деятельности, социальное благополучие, материально-техническое и технологическое обеспечение трудового процесса обуславливают должный уровень оказания медицинской помощи населению [1,4,5].

Молодые специалисты — это тот кадровый ресурс, который в настоящее время крайне необходим всем медицинским организациям (МО), поэтому руководителям МО уже сейчас необходимо проводить комплекс мероприятий по закреплению молодых кадров и осуществлять оптимизацию деятельности кадровой службы системы здравоохранения [2,3]. Одним из комплексных мероприятий может стать организация «школы

наставничества». Наставник поможет молодому специалисту ощутить себя полноценным членом коллектива, приобрести необходимый опыт и навыки работы по специальности, приспособиться к режиму и условиям труда, профессиональным нормам и правилам поведения, что привлечет, укрепит и сохранит молодые кадры и приведет к улучшению качества медицинской помощи.

Цель исследования: изучить проблемы, возникающие у молодых специалистов в начале трудовой деятельности.

Материалы и методы исследования. В опросе приняли участие 62 респондента – сестринский персонал медицинских организаций УР, предварительно давшие на исследование информированное согласие. Возраст респондентов составил от 21 года до 25 лет, имеющих стаж работы в профессии менее 3 лет. Большинство участников опроса (86,1%) были женщинами, 99,9% – имели среднее медицинское образование.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анкетирования выяснилось, что большинство респондентов (48,3%) сделали свой профессиональный выбор по призванию, 24,1% – по совету родных, 24,1% – по стечению обстоятельств и 6,4% по другим причинам, не назвав их, 72,9% опрошенных самым сложным периодом адаптации назвали первые 6 месяцев работы, 21,9% респондентов – до 1 года, до 18 месяцев – 6,2%. Такое распределение ответов свидетельствует о том, что именно в первый год работник испытывает максимальные трудности на рабочем месте, проходя этапы адаптации, и нуждается в максимальной поддержке со стороны всех членов коллектива. Здесь важнейшее значение имеет духовная атмосфера коллектива, которая может оказать как положительное, так и отрицательное воздействие на молодого специалиста.

Основными причинами проблем адаптации молодого специалиста, по мнению респондентов, являются недостаток знаний и умений по специфике работы – 90,6%; недостаток общения в новом коллективе – 90,4%; недостаточная информированность об учреждении, лечебном процессе, принятых внутренних правилах и распорядках – 46,8%; привыкание к новому режиму работы и условиям труда – 40,8%; неопределенность перспектив профессионального роста – 6,2%; тяжелая физическая, психологическая нагрузка – 99,9%.

При этом каждый из участников анкетирования указал 2 и более причины. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что в процессе адаптации молодой специалист испытывает сильнейший стресс, негативно воздействующий на него, в ре-

зультате чего возникают профессиональные, психофизиологические и социально-психологические проблемы и очень важно оказать своевременную полноценную помощь для их решения.

По результатам ответов выяснилось, что у респондентов имеется хороший уровень теоретических и практических знаний. Почти все респонденты (95,1%) оценили их как средний.

На вопрос: «Оказывали ли Вам поддержку в процессе адаптации?» большинство респондентов (62,5%) ответили «да», однако половина из них уточнили, что поддержка была малозначительной и практически не ощущалась, 37,5% – указали на отсутствие поддержки.

Уточняя с чьей стороны была оказана поддержка, 18 участников опроса ответили, что со стороны члена своей бригады, 26 респондентов – что их поддерживала старшая медсестра, 10 участников анкетирования ответили, что их поддерживал заведующий подразделением, 47 человек отметили всех, кто мог помочь в трудную минуту и только 5 человек ответили, что выбирали самого опытного.

Участники опроса отметили ряд мотивирующих факторов, которые, по их мнению, могут оказать положительное влияние на процесс адаптации. Причем каждый респондент указал 2 и более фактора. Это, прежде всего:

- поддержка и искреннее желание коллектива помочь в начале трудовой деятельности – 49 чел. (79,1%);
- увеличение размера оплаты труда молодого специалиста – 17 чел. (27,4%);
- хорошие взаимоотношения с коллегами и руководством – 45 чел. (72,5%);
- уважительное отношение к себе, признание их работы – 26 чел. (41,9%);
- хорошие условия труда – 28 чел. (45,1%).

В процессе исследования были выявлены направления, по которым необходимо повышать квалификацию молодого специалиста:

- психология общения – 54,8%;
- диагностика и лечение заболеваний – 43,5%;
- помощь при неотложных состояниях – 77,4%;
- манипуляционная техника – 69,3%;
- уход за тяжелыми пациентами – 40,3%;
- применение медицинской аппаратуры – 75,8%.

В ходе анкетирования молодые специалисты внесли свои предложения и пожелания по усовершенствованию системы адаптации. Особенно часто указывались такие, как:

- возобновление наставничества – 40,3%;

- создание школы молодого специалиста – 17,7%;
- заинтересованность молодого специалиста в совершенствовании своих знаний и умений – 83,8%.

Полученные результаты анкетирования позволяют утверждать, что молодой специалист испытывает максимальные трудности в первый год работы. Его основными проблемами являются недостаток знаний и умений по специфике работы, тяжелая физическая, психологическая нагрузка, трудности общения в новом коллективе, привыкание к новому режиму работы и условиям труда.

Вывод. Таким образом, процесс адаптации молодого специалиста – это длительный, двухсторонний процесс между личностью и новой для него социальной средой, протекающий в несколько последовательных этапов. На процесс адаптации молодого специалиста влияют ряд личностных и производственных факторов, поэтому очень важно в процессе адаптации оказать молодому специалисту всестороннюю

своевременную помощь. Только при таком подходе к проблеме можно оптимизировать процесс адаптации молодого специалиста и, следовательно, привлечь молодежь и сохранить кадровый потенциал здравоохранения.

Список литературы

1. Бутенко, Т. В. Трудовая мотивация медицинских сестер: проблемы и перспективы решения / Т.В. Бутенко // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). – М.: Буки-Веди, 2012. – С. 72–75.
2. Королёв, Н. Н. Социальный портрет молодого специалиста сферы здравоохранения. Региональный анализ / Н. Н. Королёв // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9. – С. 260–263.
3. Королёв, Н. Н. Особенности адаптации в начале трудовой деятельности молодого специалиста в сфере здравоохранения / Н. Н. Королёв, Д. О. Ермолаев, Ю. Н. Ермолаева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 3. – С. 135–136
4. Скоморина, О. В. Адаптация новых сотрудников на рабочем месте / О.В. Скоморина, Л. А. Егорова, Т. В. Дружнина // Главная медицинская сестра. – 2006. – № 2. – С. 71–75.
5. Храмова, Л. Г. Анализ факторов, влияющих на процесс адаптации молодых специалистов сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях / Л. Г. Храмова // Главная медицинская сестра. – 2007. – № 7. – С. 92–100.

УДК 614.253.58:618.4-089.163

О. Н. Еловикова¹, Е. Ю. Шкатова²

¹ГБПОУ «Чайковский медицинский колледж», Пермский край

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ АКУШЕРОВ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ

Еловикова Ольга Николаевна – преподаватель кандидат медицинских наук; Шкатова Елена Юрьевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: (3412) 91-82-93; e-mail: army@igma.udm.ru

Оценка готовности акушеров к терапевтическому обучению показала, что для привлечения специалистов сестринского дела необходимо дополнительно подготовить их по вопросам психологии и педагогики (может осуществлять специалист по обучению медицинских работников), материально стимулировать акушеров заниматься обучением беременных, усилить техническое оснащение учебного процесса.

Ключевые слова: терапевтическое обучение; акушерки; беременные

O.N. Elovikova¹, E. Yu. Shkatova²

¹Chaikovsky Medical College, Perm Region

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

EVALUATION OF MIDWIVES' READINESS FOR THERAPEUTIC TRAINING OF PREGNANT WOMEN

Elovikova Olga Nikolaevna – Candidate of Medical Sciences, Instructor; Shkatova Elena Yuryevna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru

The analysis of midwives' readiness for therapeutic training showed that involving them in the activity requires additional instruction of midwives in psychology and pedagogics (can be given by a professional trained in teaching health care workers), financial inducement of midwives, promoting training of pregnant women and improving technical infrastructure for educational process.

Key words: therapeutic training; midwives; pregnant women

Начало беременности и её исход определяются репродуктивным поведением и во многом зависят от состояния репродуктивного, гинекологического, соматического здоровья женщины.

Существенную роль в формировании хронической патологии играет несвоевременность обращения беременной к специалистам в случае заболевания, игнорирование советов и рекомендаций

медицинских работников. Неуклонный рост частоты экстрагенитальной патологии, осложнений беременности, высокая частота реализации перинатальных факторов риска у новорожденных, диктуют необходимость формирования комплекса медико-организационных мероприятий, направленных на оптимизацию работы по профилактике осложнений беременности, снижению гинекологической заболеваемости и формированию у женщин здорового образа жизни [4,6].

В настоящее время очевиден тот факт, что даже передовые достижения медицины не смогут быть реализованы на практике, если не внедрять современные обучающие программы для пациентов, основанные на профессиональных инновационных технологиях [3,5]. Организация обучения населения требует изменения отношения к содержанию сестринского дела в соответствии с задачами современного здравоохранения. Образование сестринского персонала позволяет рационально и эффективно использовать их знания и возможности в различных направлениях работы по профилактике и укреплению здоровья населения. К новым методам этой работы сегодня относится индивидуальное обучение не только пациентов, но и членов их семей знаниям и навыкам, в соответствии с конкретной ситуацией, связанной со здоровьем, с использованием различных методик обучения [1,2,3,7]

Цель исследования: оценить уровень готовности и активности акушерок в терапевтическом обучении беременных.

Материалы и методы исследования. Для изучения уровня профессиональной готовности сестринского персонала к выполнению функций по обучению беременных проведён социологический опрос 146 специалистов сестринского дела по специальной программе. Первую группу составили 54 акушерки, работающие в акушерском и гинекологическом отделениях, вторую – 92 медицинские сестры соматических отделений стационара. Все респонденты имели базовое образование по специальности «акушерка» и «медицинская сестра» соответственно. Программа опроса «Карта готовности специалистов сестринского дела к терапевтическому обучению» состояла из 38 вопросов, в неё вошел информационный блок и блок контроля знаний по методике терапевтического обучения беременных. Опрос проводился с информированного согласия респондентов с соблюдением этических норм.

Статистическую обработку полученных результатов проводили по методу вариационной статистики в электронных таблицах *Microsoft Office Excel 2007* с определением значений средней арифметической величины выборочной совокупности, стандартной ошибки средней арифметической. Оценка достоверности различий показателей и средних проводилась с использованием непараметрических критериев. Наличие связи подтверждалось величиной критерия соответствия (χ^2). Различия признавались статистически достоверными при уровне вероятности ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Большинство респондентов (82,9%) были в возрасте 26–45 лет со стажем работы более пяти лет (87,0%) и регулярно проходили повышение квалификации по специальности 92,6 и 93,5% опрошенных первой и второй групп соответственно (рис. 1).

Несмотря на то, что большинство респондентов регулярно проходили циклы повышения квалификации, они отметили дефицит знаний по ряду вопросов (рис. 2). Опрошенные констатировали факт нехватки знаний по важным для профессиональной деятельности вопросам: более трети акушерок – по вопросам психологии общения, каждая пятая – по оказанию неотложной помощи. Оценили свои знания и практические умения в области педагогики как «хорошие» 16,7 и 16,3% респондентов, «удовлетворительные» – 74,1 и 46,4%, «плохие» – 9,2 и 37,3% соответственно.

Причинами, мешающими внедрению обучающих сестринских технологий в работу медицинских организаций, по мнению специалистов, явились отсутствие материального стимулирования этого вида деятельности ($28,3 \pm 3,7$ и $25,9 \pm 3,6$ на 100 опрошенных, $p > 0,05$), низкий уровень технического ($16,3 \pm 3,0$ и $25,9 \pm 3,6$, $p > 0,05$) и информационного ($14,1 \pm 2,9$ и $27,8 \pm 3,7$, $p > 0,05$) обеспечения, недостаточное акцентирование важности данной работы со стороны руководителей ($9,8 \pm 2,5$ и $11,1 \pm 2,6$, $p > 0,05$).

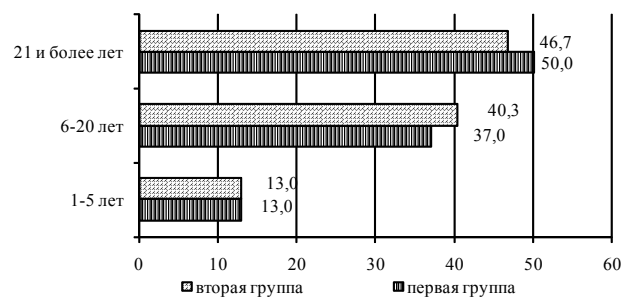


Рис. 1. Распределение специалистов сестринского дела по стажу работы, %

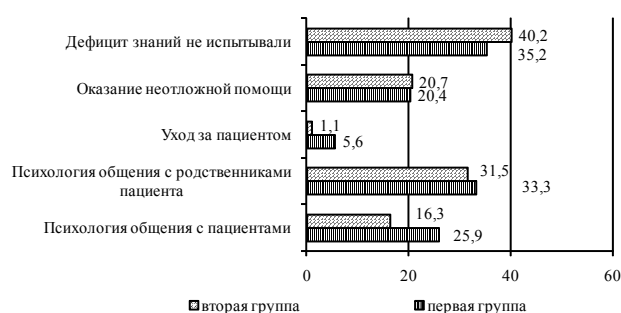


Рис. 2. Показатель частоты дефицита знаний респондентов по различным аспектам своей деятельности, на 100 опрошенных

Следует отметить, что акушерки в целом занимали активную позицию в вопросах терапевтического обучения. Большинство специалистов сестринского дела (85,2%), работающих непосредственно с беременными, считали необходимым заниматься их обучением, две трети регулярно участвовали в терапевтическом обучении (рис. 3). По мнению 58,7 и 74,1% респондентов первой и второй групп, заниматься обучением пациенток должна специально подготовленная медицинская сестра или менеджер сестринского дела.

Опрошенными отмечен не только факт недостатка знаний по важным для их профессиональной деятельности вопросам психологического общения, но и то, что нехватка этих знаний становится иногда причиной возникновения конфликтов между специалистом сестринского дела и пациентом – в 55,6 и 51,1% случаев.

Для информированности относительно своих прав и потенциальных проблем, связанных со здоровьем матери и новорожденного, по мнению опрошенных, как беременной, так и членам её семьи необходимо знать права человека и репродуктивные права (79,6 и 80,4%), роль мужчин как партнёров, отцов и членов сообщества в проблемах охраны здоровья женщин и новорожденных (48,1 и 33,7%), причины материнской и перинатальной смертности (25,9 и 18,5%).

Половина медицинских сестёр обеих групп указала, что у беременных надо развивать мотивацию на оказание самопомощи (53,7 и 55,4%). Для этого, по их мнению, необходимо теоретически и практически обучать женщину по вопросам подготовки к родам (75,9 и 66,3%), по соблюдению гигиенического поведения (50,0 и 21,7%). Ими отмечено, что заботиться о «женском» здоровье будущие мамы должны задолго до беременности: отказаться от негигиенических привычек (40,3 и 42,4%), регулярно проходить

профилактические осмотры (32,6 и 30,8%), соблюдать правила личной гигиены (23,9 и 30,8%). По мнению респондентов, при проведении обучения следует учитывать сопутствующую патологию женщин (45,7 и 35,2%), самочувствие и состояние на момент начала обучения (27,2 и 37,0%), уровень образования и знаний о заболевании (48,9 и 53,7%), возраст беременной (60,9 и 55,6%).

Для повышения эффективности терапевтического обучения, по мнению специалистов, необходимы такие важные условия, как наличие чёткой цели и мотивации пациента, создание доброжелательных отношений в процессе обучения, проведение контроля знаний и умений, организация консультативной помощи менеджера сестринского дела и наличие методической базы (рис. 4). Большинство респондентов (87,0 и 88,0%) отметили, что для повышения результативности терапевтического обучения важно привлекать членов семей пациенток, особенно мужей. Специалисты сестринского дела считают, что обучение в школах здоровья должно строиться в первую очередь на желании и интересе беременной (79,6 и 88,0%) с учётом её жизненного опыта и уже имеющихся гигиенических знаний (46,3 и 31,5%).



Рис. 3. Показатель частоты мнений респондентов о необходимости организации проведения терапевтического обучения беременных, на 100 опрошенных



Рис. 4. Показатель частоты мнений респондентов об условиях, позволяющих эффективно обучать пациентов, на 100 опрошенных

Вывод. Таким образом, специалисты сестринского дела, имея большой практический опыт, готовы к обучающей функции при специальной подготовке их по вопросам психологии и педагогики, что даёт реальную возможность для формирования нового типа специалиста сестринского персонала. При организации обучения населения значительную часть работы целесообразно возложить именно на сестринский персонал.

Для широкого внедрения терапевтического обучения необходимо материальное стимулирование специалистов, активно занимающихся данным видом профессиональной деятельности, повышение технического и информационного уровня обеспечения учебного процесса при работе как с беременными, так и с населением в целом.

Список литературы

1. Михайлова, Н. В. Школа пациента как инструмент улучшения качества медицинской помощи / Н. В. Михайлова // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2010. – № 11. – С. 22–27.

УДК 614.2:616.21-082 (470.51)

Д. А. Власов¹, Е. Ю. Шкатова¹, О. А. Рузан², И. В. Сабирова¹

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

²БУЗ УР «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр МЗ УР», Удмуртская Республика

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Власов Дмитрий Александрович — очный аспирант кафедры; Шкатова Елена Юрьевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; Рузан Оксана Анатольевна — начальник отдела медицинской статистики; Сабирова Ильвира Васильевна — студент лечебного факультета

В работе представлен анализ показателей работы оториноларингологической службы Удмуртской Республики.

Ключевые слова: программа модернизации здравоохранения УР; оториноларингологическая помощь; население Удмуртской Республики

D. A. Vlasov¹, E. Yu. Shkatova¹, O. A. Rukan², I. V. Sabirova¹

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

²Republic Medical Information Analysis Center of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, Udmurt Republic

THE PROBLEM OF PROVIDING SPECIALIZED OTORHINOLARYNGOLOGICAL CARE FOR THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC

Vlasov Dmitriy Aleksandrovich — Postgraduate; Shkatova Elena Yuryevna — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; Rukan Oksana Anatolyevna — Head of the Department of Medical Statistics; Sabirova Ilvira Vasilyevna — Student of the Faculty of General Medicine

The paper presents the performance indicators of the otorhinolaryngological service of the Udmurt Republic.

Key words: program of modernization of health care service in Udmurt Republic; otorhinolaryngological care; population of the Udmurt Republic

Программа модернизации здравоохранения Удмуртской Республики (УР) на 2013–2020 гг. представляет собой комплекс социально-экономических и организационных мероприятий,

2. Мышкина, Л. В. Опыт работы школ здоровья для пациентов Кировской областной клинической больницы / Л. В. Мышкина, Г. И. Суслопарова, Е. Ю. Шкатова // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 22–37.

3. Мышкина, Л. В. Структурно-управленческая модель обучения пациентов «менеджер сестринского дела–медсестра–пациент» / Л. В. Мышкина, Е. Ю. Шкатова, Е. А. Мухачева // Вятский медицинский вестник. – 2010. – № 4. – С. 56–60.

4. Нуженкова, М. В. Совершенствование профилактической работы в женской консультации / М. В. Нуженкова, А. В. Балкирева, И. Е. Бобошко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 90–93.

5. Организация школ здоровья для беременных с инфекциями мочевыводящих путей и членов их семей: методические рекомендации / Е. Ю. Шкатова [и др.] – Ижевск, 2013. – 106 с.

6. Уровни и тенденции медико-демографических показателей и характеристика показателей заболеваемости беременных в Пермском крае / Е. Ю. Шкатова [и др.] // Медицинский альманах. – 2013. – № 6 (30). – С. 19–21.

7. Шкатова, Е. Ю. Качество жизни как критерий эффективности интерактивной программы обучения беременных с хроническими инфекциями мочевыводящих путей / Е. Ю. Шкатова, О. Н. Еловицова // Пермский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 28–32.

направленных на совершенствование системы здравоохранения, повышение качества и доступности медицинской помощи населению УР [1,3]. Реализация Программы предусматривает

два этапа: первый (с 2013 по 2015 г.) имеет целевой характер и формируется в рамках бюджетных ограничений в соответствии с Законом УР от 24 декабря 2012 года № 75-РЗ; второй (с 2016 по 2020 г.) имеет индикативный характер, после определения бюджетных ограничений на соответствующие годы в долгосрочном финансовом плане УР, законах УР о бюджете УР, и о бюджете Территориального фонда ОМС УР параметры государственной программы приводятся в соответствии с установленными бюджетными ограничениями [3].

Цель исследования: оценить показатели работы оториноларингологической службы УР.

Материалы и методы исследования. По официальным данным БУЗ УР «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр МЗ УР» проведен анализ некоторых показателей работы оториноларингологической службы УР: обеспеченности врачами-оториноларингологами, численности коечного фонда по профилю оториноларингология, числа посещений на 1 должность врача-оториноларинголога. После сбора, группировки и сводки материала проведена его статистическая обработка. Использовалась стандартная программа (*STATISTICA 6.1*) с применением расчета средних и относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказа МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 905 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» выделено три уровня оказания медико-санитарной оториноларингологической помощи, которые соответствуют определенным функциональным задачам: амбулаторно-поликлинический (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в стационаре дневного пребывания (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарный (предусматривающий медицинское наблюдение и лечение под круглосуточным наблюдением). В амбулаторно-поликлинических учреждениях помощь лицам с заболеваниями уха, горла и носа (далее ЛОР-органов) в рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется врачами-оториноларингологами в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. При отсутствии в штате амбулаторно-поликлинического учреждения врача-оторино-

ларинголога возможно оказание медицинской помощи врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов. Врач-оториноларинголог амбулаторно-поликлинического учреждения осуществляет диагностическую, лечебную и консультативную помощь больным с острыми и хроническими заболеваниями ЛОР-органов, а также диспансерное наблюдение больных с хроническими и рецидивирующими заболеваниями ЛОР-органов на основе взаимодействия с врачами других специальностей. При невозможности оказания медицинской помощи в оториноларингологическом кабинете в амбулаторном оториноларингологическом отделении, стационаре дневного пребывания медицинской организации, а также при необходимости проведения диагностических и лечебных мероприятий с применением общей анестезии больные направляются в стационарное оториноларингологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

Динамика количества врачей-оториноларингологов за 2010–2015 года имела колебания: со 112 специалистов в 2010 году до 116 в 2011 и 2014 годах, со снижением к 2015 году до 107 человек. При этом обеспеченность населения республики данными специалистами была стабильной, с увеличением показателя в 2011–2014 годах и снижением в 2015 году (рис. 1).

Это свидетельствует о приведении количества специалистов в соответствие с потребностью населения республики в данном виде медицинской помощи. Уменьшение количества врачей в ходе оптимизации в системе здравоохранения связываем с убылью населения в результате его миграции. Согласно Приказу МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. № 905 н штатные нормативы регламентируются как 0,85 на 10000 прикрепленного взрослого населения и 1,25 на 10000 прикрепленного детского населения.

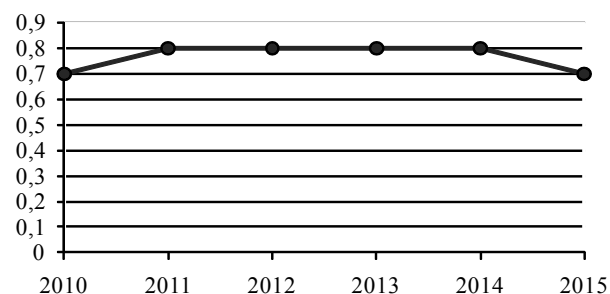


Рис. 1. Динамика обеспеченности населения УР врачами-оториноларингологами на 10000 населения

Численность коечного фонда для взрослого населения за шестилетний период снизилась со 189 коек в 2010 году до 107 коек в 2015 году (рис. 2)

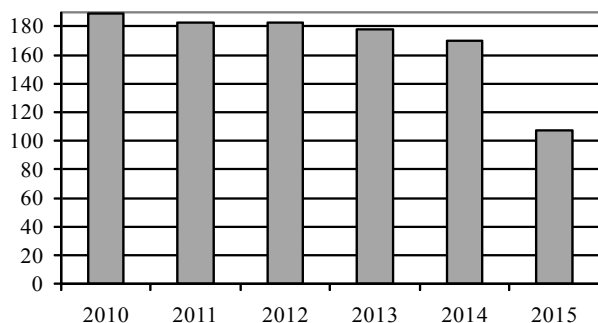


Рис. 2. Численность коечного фонда для взрослого населения (в абсолютных числах)

При этом обеспеченность населения данным видом коек снизилась с 1,2 в 2010 году до 0,7 в 2015 году на 10000 населения. Резкое сокращение произошло с 2014 по 2015 год с 1,1 до 0,7 на 10000 населения.

Число посещений на одного врача-оториноларинголога, ведущего прием в год, имело волнообразный характер и составило от 27,4 в 2010 году, с увеличением данного показателя с 2011 по 2013 год от 28,3 до 28,8 и снижением в 2015 году до 28,2. В среднем, при расчете показателей работы специалиста в год за смену без учета пребывания на листе нетрудоспособности, врач-оториноларинголог принимает 28 пациентов.

Согласно Приказу № 290 н от 2 июня 2015 г. «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-оториноларинголога», одно посещение врача в связи с заболеванием составляет 16 минут (затраты времени на выполнение в амбулаторных условиях трудовых действий

по оказанию медицинской помощи, в том числе на оформление медицинской документации).

Вывод. В современных условиях реорганизации здравоохранения обеспеченность населения врачами-оториноларингологами остается стабильной, однако ниже показателей, регламентируемых Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 905 н. Число посещений на 1 специалиста данного профиля имеет волнообразный характер и составило в среднем 28 человек. При анализе числа посещений на одного специалиста, ведущего прием, нормы времени на выполнение работ не нарушаются. Численность коечного фонда оториноларингологической службы в ходе оптимизации системы здравоохранения за исследуемый период снизилась более чем в 2 раза. Число коек данного профиля соответствует потребностям населения Удмуртской Республики.

Список литературы

1. Основные показатели здоровья населения и эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения Удмуртской Республики за 2015 г. – Режим доступа: http://gmias.udmmmed.ru/inform-analit_materialy. Дата обращения 22.06.2017г.
2. Основные показатели здоровья населения и эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения Удмуртской Республики за 2014 г. – Режим доступа: http://gmias.udmmmed.ru/inform-analit_materialy. Дата обращения 22.06.2017г.
3. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 905 н. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5535-prikaz-minzdrava-rossii-ot-12-noyabrya-2012-g-905n>. Дата обращения 22.06.2017 г.
4. Разработка Программы социально-экономического развития УР на 2013–2020 годы. – Режим доступа: http://mzur.ru/razrabotka_programmi_soc_ekonom_razvitya_ur_2014_2020.php. Дата обращения 22.06.2017 г.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>. Дата обращения 22.06.2017 г.

УДК 616.89-008.441.13-08 (470.342)

А. А. Киселева¹, Л. В. Мышкина², Н. М. Попова³

¹КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер», Кировская область

²КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», Кировская область

³ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Киселева Анна Анатольевна – главная медицинская сестра; 610029, г. Киров, п. Ганино, пер. Северный, 12-87, тел. 8-922-926-30-50, e-mail: anna.a.kiseleva@yandex.ru; Мышкина Людмила Витальевна – преподаватель отдела дополнительного профессионального образования кандидат медицинских наук; Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

С целью снижения частоты обострений и осложнений алкоголизма важным является формирование приверженности пациентов к лечению и обучению методам профилактики рецидивов. КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» оказывает специализированную помощь лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Для повышения уровня знаний пациентов на базе наркологического диспансера была организована школа для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, разработана и апробирована программа обучения для пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом.

Ключевые слова: школа для пациентов; синдром зависимости от алкоголя; обучение

A. A. Kiseleva¹, L. V. Myshkina², N. M. Popova³

¹Kirov Regional Clinic of Addiction Medicine, Kirov region

²Kirov Regional Clinical Hospital, Kirov region

³Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care Service

THE EXPERIENCE OF THE SCHOOL FOR PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION SYNDROME IN KIROV REGIONAL CLINIC OF ADDICTION MEDICINE

Kiseleva Anna Anatolyevna — Chief nurse manager; 12, apt.87, Severniy lane, Ganino settlement, Kirov 610029, tel. 8-922-926-30-50, e-mail: anna.a.kiseleva@yandex.ru; Myshkina Lyudmila Vitalyevna — Instructor of the Department of Further Vocational Education, Nurse, Candidate of Medical Sciences; Popova Natalya Mitrofanovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department

In order to reduce the frequency of exacerbations and complications of alcoholism it is important to form patients' adherence to treatment and relapse prevention education. Kirov Regional Clinic of Addiction Medicine provides specialized care for people abusing alcohol and suffering from chronic alcoholism and drug addiction. To increase the patients' knowledge the School for patients with alcohol addiction syndrome was organized in the clinic, the training program for patients suffering from chronic alcoholism was developed and tested.

Key words: school for patients; alcohol addiction syndrome; training

В современных социально-экономических условиях при общем дефиците финансирования отрасли здравоохранения ведутся поиски новых организационных ресурсосберегающих форм лечения пациентов. Ежегодно разрабатываются и внедряются в практику новые лекарственные формы, совершенствуются схемы терапии алкоголизма. Среди причин малой эффективности проводимой терапии и развития осложнений выделяют недостаточную осведомленность пациентов о своем заболевании и возможностях лечения [1,3,4]. В последние годы большое внимание уделяется терапевтическому обучению пациентов с внедрением структурированных программ в диabetологии, кардиологии и пульмонологии [2,5]. В наркологии профилактические программы обучения пациентов активно внедряются. Обучая пациента, медицинский работник помогает ему сохранять максимально возможный уровень качества жизни.

Цель исследования: оценить эффективность обучения пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя.

Для достижения данной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Повышение информированности пациентов с алкогольной зависимостью о заболевании и факторах риска ее развития и осложнений;
2. Обучение пациентов с алкогольной зависимостью методам самоконтроля, адаптации проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактике острых и хронических осложнений заболевания;
3. Формирование у пациентов ответственного отношения к здоровью, повышение мотивации

у больных к оздоровлению и приверженности к лечению и выполнению рекомендаций по лечению.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали 192 женщины, проходившие лечение в Кировском наркологическом диспансере. Источником информации были анкета «Уровень информированности пациентов о своем заболевании», анкета «Оценка удовлетворенности пациентов обучением в школе» и анкета «Отдаленные результаты обучения».

Результаты исследования и их обсуждение. В Школу направляются пациенты с алкогольной зависимостью, не прошедшие обучение (первичный цикл) или пациенты, прошедшие обучение (повторный цикл или поддерживающий цикл). Обучение не проводится пациентам в тяжелом состоянии, с выраженным обострением сопутствующих заболеваний, лицам с психическими нарушениями.

Основной деятельностью Школы является обучение больных по разработанным структурированным программам, проведение первичных и повторных циклов обучения, контроль уровня знаний больных, обучающихся в Школе и определение эффективности работы Школы. Руководство Школой осуществляет врач психиатр-нарколог (заведующий отделением), он проводит занятия для пациентов с осложненным течением. Непосредственно занятия с пациентами проводят медицинские сестры. Привлекаются также такие специалисты, как психолог и психотерапевт. Школа организована на базе женского отделения Кировского областного наркологического диспансера и функционирует, учитывая особенности женского алкоголизма, так как женщины, страда-

ющие хроническим алкоголизмом, в противоположность мужчинам замкнуты, стараются скрыть свое состояние, отрицают употребление алкоголя совсем или признают его только частично. Критика к своей болезни у женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, нарушена в большей степени, чем у мужчин. Ремиссия алкоголизма у женщин обычно непродолжительна, а его рецидивы чаще, чем у мужчин. Поэтому лечение женщин, страдающих алкоголизмом, является более трудной задачей, чем терапия хронического алкоголизма мужчин. Перед обучением проводится знакомство с пациентом, устанавливается образовательный уровень, социальный статус, уровень знаний, определяется его мотивация на необходимость лечения и изменения стиля жизни.

Проведено анкетирование 192 женщин, из них на первичном цикле обучения анкетировано 88 пациенток.

Изучение осведомленности о своем заболевании и его лечении дали следующие результаты: многие пациентки считают себя информированными недостаточно – 57,2%, 21,0% пациенток не знают ничего о методах лечения, информированы лишь 21,8%. Основным источником информации о заболевании является лечащий врач (45,3%), средства массовой информации (16,1%), 19,7% респондентов получали информацию от других пациентов, 7,8% не получали информации и только 10,9% ответили, что получают информацию от медицинской сестры. Наиболее эффективной пациентки сочли групповую форму обучения в Школе – 82,3%, индивидуальную – 17,7%.

Полный цикл обучения пациентов в Школе состоит из 5 занятий, продолжительностью 45 минут: «Особенности женского алкоголизма», «Стадии синдрома зависимости от алкоголя», «Осложнения хронического алкоголизма (судорожный синдром, алкогольные психозы, алкогольная деградация личности)», «Соматоневрологические нарушения при алкоголизме», «Психотерапия алкогольной зависимости. Способы достижения длительной ремиссии».

Занятия в Школе имеют следующую структуру: вводная часть, знакомство с содержанием занятий, информационный раздел (теоретическая часть занятия), активные формы обучения (обучение практическим навыкам), заключительная часть занятия (подведение итогов). Каждое занятие включает краткую инструкцию для медицинского работника по проведению занятия.

Информационная часть представлена справочным материалом для ведущего занятия. Главная направленность материала – информирование пациентов об алкогольной зависимости и повышение их осознанного участия в процессах лечения и профилактики. Активная часть занятия направлена на развитие у пациентов умений и навыков, необходимых для наиболее эффективного контроля своего состояния и сохранения здоровья.

Первому занятию уделяется особое внимание в связи с тем, что кроме раскрытия темы, предусмотренной общей программой Школы, именно при первой встрече закладывается главная цель – желание пациентов к сотрудничеству. На первом занятии медсестра сообщает о цели обучения всего цикла, дает краткий обзор тематики Школы.

Каждый раздел занятия предусматривает практическое освоение новой информации и возможное повторение предыдущего материала. В Школе с женщинами работает психолог и психотерапевт. Результаты тестирований и контрольных заданий после каждого занятия обрабатываются психологом и на основании этого строится индивидуальная работа с пациентами.

Для оценки результатов обучения разработана анкета, позволившая изучить мнение пациентов о качестве обучения. После обучения респонденты отметили высокую осведомленность о своем заболевании и его лечении. Через месяц после проведения занятий с целью изучения их эффективности было проведено анкетирование пациентов Школы. Анализ ответов показал, что 66,6% пациентов после обучения выполняют все рекомендации врача и медсестры, 44,2% пытаются изменить образ жизни, 75,5% регулярно используют рекомендованные препараты.

Результаты обучения показали повышение знаний и активности пациентов. По данным анкетирования произошли изменения в выборе пациентами способов поддержания здоровья. После обучения пациенты считают, что для поддержания своего здоровья можно использовать соблюдение режима труда и отдыха, отказ от приема алкоголя, правильное питание, своевременное обращение к врачу, чтение медицинской литературы, т.к. это способствует улучшению здоровья, профилактике осложнений. При этом отказ от приема алкоголя увеличился на 42,8%. В настоящее время на базе наркологического диспансера открыт реабилитационный центр, где продолжено обучение пациентов.

Вывод. В школе для женщин с синдромом алкогольной зависимости пациенты научились бороться с болезнью и повысили уровень качества жизни. Внедрение Школы способствовало повышению уровня знаний пациентов.

Список литературы

1. Мышкина, Л.В. Школы здоровья. Работу ведет медсестра / Л.В. Мышкина // Сестринское дело. – 2010. – № 5. – С. 40–41.
2. Мышкина, Л.В. Опыт работы школ здоровья для пациентов Кировской областной клинической больницы

/ Л.В. Мышкина, Г.И. Суслопарова, Е.Ю. Шкатова // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 2. – С. 22–37.

3. Мышкина, Л.В. Роль специалистов сестринского дела в формировании здоровье-восстанавливающего поведения пациентов / Л.В. Мышкина, Е.Ю. Шкатова, Г.И. Суслопарова // Современный научный вестник. – 2013. – № 52 (191). – С. 69–77.
4. Сирота, Н.А. Профилактика алкоголизма: учебное пособие / Н.А. Сирота. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – С. 38–40.
5. Шкатова, Е.Ю. Роль менеджера сестринского дела в организации школ здоровья / Е.Ю. Шкатова, Л.В. Мышкина // Медицинский альманах. – 2008. – № 2. – С. 120–122.

УДК 616-083:613.7

О. Л. Рудина¹, О. А. Анисимова¹, Е. В. Скурихина¹, Т. А. Тронина²

¹БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения МЗ УР», Удмуртская Республика

²БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», Удмуртская Республика
Кардиологическое отделение

СОХРАНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И САНИТАРОК И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

Рудина Ольга Леонидовна — преподаватель сестринского дела; 426039, г. Ижевск, Воткинское шоссе, 17, тел. 8 (912)852-06-13; e-mail: rolikus@yandex.ru; Анисимова Ольга Алексеевна — преподаватель сестринского дела; Скурихина Елена Витальевна — методист учебно-методического отдела; Тронина Татьяна Андреевна — старшая медицинская сестра

Создание оптимальных условий труда, повышение привлекательности и престижности труда медицинских работников приобретает все большую социальную, экономическую и медицинскую значимость. Специалисты сестринского дела и санитарки должны знать и применять принципы эргономики при уходе за пациентами, что позволит снизить риск травматизма, продлить профессиональное долголетие.

Ключевые слова: эргономика; медицинская сестра; санитарка; опорно-двигательный аппарат; уход за пациентом; эргономическое оборудование; положение тела при выполнении физической нагрузки; дефицит знаний по безопасному перемещению пациента

О. Л. Rudina¹, О. А. Anisimova¹, Е. В. Skurikhina¹, Т. А. Tronina²

¹Republic Center for Advanced Training and Retraining of Health Professionals, Udmurt Republic

²Republic Clinical Hospital No.1, Udmurt Republic
Cardiological department

MAINTAINING PHYSICAL HEALTH OF NURSES AND ORDERLIES AND PROVIDING PROFESSIONAL LONGEVITY

Rudina Olga Leonidovna — Nursing instructor; 17 Votkinskoye Shosse st., Izhevsk 426039, tel.: 8 (912)852-06-13; e-mail: rolikus@yandex.ru; Anisimova Olga Alekseyevna — Nursing instructor; Skurikhina Elena Vitalyevna — Methodologist; Tronina Tatyana Andreevna — Nurse manager

Creating optimal working conditions, increasing the attractiveness and prestige of the work of medical personnel are becoming more and more socially, economically and medically significant. Nurses and orderlies should know and apply the principles of ergonomics that will help to reduce the risk of injury and prolong professional longevity.

Key words: ergonomics; musculoskeletal system; patient care; ergonomic equipment; the position of the body when performing physical activity; a lack of knowledge on the safe transfer of the patient

Эргономика, как наука, ставит перед собой задачу — повысить безопасность всей больничной среды не только для пациентов, но и для работников медицинской организации, в том числе, для обеспечения безопасности их условий труда [2,7,8]. Деятельность медицинских работников до настоящего времени недостаточно механизирована, работа медицинского персонала среднего и младшего звена осуществляется

с применением больших физических нагрузок, несмотря на наличие некоторого эргономического оборудования, позволяющего сохранять работоспособность медицинского персонала [3,4]. Влияние неблагоприятных факторов на опорно-двигательный аппарат (ОДА) в течение длительного времени приводит не только к травматизации, к заболеваниям позвоночника, нижних и верхних конечностей, к потере здоровья меди-

цинских работников, уменьшает возможность более длительного пребывания в профессии, а также увеличивает риск инвалидизации [6]. Основными причинами проблем, связанных с ОДА, отмечают неправильное положение тела при выполнении физической нагрузки, невладение навыками безопасного перемещения пациента [4,6]. Применение знаний эргономики на практике гарантирует медицинским работникам снижение или отсутствие профессиональных заболеваний, т. е. сохранение здоровья [1,5].

В БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения МЗ УР» накоплен опыт совместной работы с Региональной ассоциацией медицинских сестер Удмуртии по эргономике. Примером может послужить круглый стол по вопросам паллиативной помощи, на котором был представлен доклад «Результаты исследования по вопросам эргономики специалистов со средним медицинским образованием». При подготовке к нему нами по специально разработанной программе проведено исследование знаний об эргономике в профессиональной деятельности.

Цель исследования: выявить состояние физического здоровья медицинского персонала и обеспеченность безопасных условий труда персонала при уходе за пациентами.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие сотрудники БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР» и слушатели, обучающиеся по дополнительным профессиональным программам (ДПП) повышения квалификации «Сестринское дело в хирургии», «Сестринское дело в процедурной», по ДПП профессиональной подготовки «Санитар». Анкетирование проводилось с апреля по август 2017 года. Было опрошено 387 респондентов, в первую группу входили 284 медицинские сестры, во вторую – 103 специалиста с младшим медицинским образованием. Исследование осуществлено с соблюдением принципов биоэтики.

Анкетирование осуществлялось по специально разработанной программе, состоящей из 10 вопросов закрытого и открытого типа.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования, стаж работы более 15 лет имеют 57,4% медицинских сестер,

у младшего медицинского персонала он составляет, в основном, 10 лет – 69,0%, до 5 лет – 36,0% и до 10 лет – 33,0%.

Нами выявлены неблагоприятные факторы возникновения проблем ОДА сотрудников, принимающих непосредственное участие в уходе за пациентами. Большинство медицинских сестер и младших медицинских сотрудников причинами их возникновения отмечают недостаток эргономического оборудования (82,4% и 64,0% соответственно). Наряду с этим, значительная часть среднего и младшего персонала небрежно относится к своему здоровью (29,9% и 42,7%, соответственно). Одной из причин респонденты называют дефицит знаний по эргономике (19,3% и 14,5% соответственно) и отсутствие физической подготовки (7,7% и 12,6% соответственно). Среди прочих причин специалисты со средним медицинским образованием также отметили интенсивность труда медицинской сестры, отсутствие в достаточном количестве специального оборудования для поднятия тяжелобольных пациентов в отделении, возрастные заболевания ОДА у самого специалиста. Единодушно респонденты выделяют проблему, связанную с перемещением пациентов с избыточной массой тела. Санитарки отметили, что сложность представляют различные препятствия на пути транспортировки каталок (на подъем, на разворот, лестничные проемы и т. д.).

Проблемы ОДА у большинства респондентов возникают к концу рабочего дня (у медицинских сестер – 93,6% и у младшего медицинского персонала – 79,6%). Чаще отмечают боль в спине (67,9% и 78,6% соответственно), напряжение мышц рук и ног (61,6% и 44,6% соответственно), травмы связок и суставов (7,3% и 6,8% соответственно). В основном их появление связывают с тем, что не всегда используются вспомогательные приспособления при перемещении пациента (56,3% и 48,5% соответственно), или вообще не используют в работе (29,6% и 24,2% соответственно), или не всегда их используют (14,0% и 27,2% соответственно). Респонденты отметили, что имеющееся в отделении эргономическое оборудование зачастую невозможно использовать, поскольку оно неудобно в работе.

Влияние неправильного положения тела при выполнении физической нагрузки на проблемы, связанные с ОДА, отмечают все респонденты. При этом правильное положение тела поддерживают не всегда (54,9% и 10,6% соответственно),

иногда стараются соблюдать (28,5% и 34,9% соответственно), к сожалению, некоторые опрошенные не придают значение положению тела (16,5% и 55,3% соответственно). При анализе анкет мы выяснили, что большая доля принявших участие в исследовании медицинских работников не владеют (10,9% и 65,0% соответственно) или частично не владеют (37,6% и 22,3% соответственно) навыками безопасного перемещения пациента. Нами выявлен дефицит знаний по безопасному перемещению пациента при выполнении трудовых функций (72,5% и 59,2% соответственно). Часть респондентов считают, что они не требуются в работе (4,9% и 13,5% соответственно). При этом есть респонденты, отмечающие необходимость данных знаний и дома (24,6% и 57,2% соответственно).

Вывод. Таким образом, нами выявлен дефицит знаний по эргономике у медицинского персонала по перемещению пациента, что влияет на ухудшение физического здоровья и не обеспечивает профессиональное долголетие при выполнении трудовых действий.

УДК 616.379-008.64-084

Э. С. Мамутова, Х. Н. Шадиева

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Мамутова Эвелина Сергеевна — ассистент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел.: +998973917523, e-mail: Bkp.km@mail.ru.; Шадиева Халима Нуридиновна — ассистент кафедры

Проведена оценка эффективности обучения в школе здоровья для пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа и их родителей. Представлена программа обучения детей с сахарным диабетом 1 типа и их родителей медицинскими сестрами.

Ключевые слова: медицинская сестра; сахарный диабет 1 типа; школа здоровья

E. S. Mamutova, Kh. N. Shadieva

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Pediatrics No.2, Neonatology and Propaedeutics of Childhood Diseases

HEALTH SCHOOL FOR PATIENTS WITH TYPE I DIABETES MELLITUS

Mamutova Evelina Sergeevna — Lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998973917523, e-mail: Bkp.km@mail.ru.; Shadieva Khalima Nuridinovna — Lecturer

The authors assessed the efficiency of teaching patients with type I diabetes mellitus revealed for the first time as well as their parents. The work of nurses in the course of training of patients and their parents is presented.

Key words: nurse; type I diabetes mellitus; health school

В настоящее время в структуре заболеваемости и смертности населения в мире на первом месте стоят болезни неинфекционного характера, к числу которых относится сахарный диабет (СД). По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, «сахарный диабет

Список литературы

1. Баландина, И. Н. «Золотые правила» безопасного перемещения пациентов / И. Н. Баландина // Сестринское дело. — 2012. — № 7. — С. 32–34.
2. Медицинская эргономика и безопасное перемещение пациента // В помощь практикующей медицинской сестре. — 2009. — № 1 (19). — С. 5–62.
3. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела: практикум / Т. П. Обуховец. — 12-е изд., стер. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. — 603 с.
4. Санникова, И. Н. Эргономические инновации как здоровьесберегающие технологии медсестры и пациента / И. Н. Санникова // Главная медицинская сестра. — 2013. — № 6. — С. 108–112.
5. Сестринский уход. Перемещение больных // В помощь практикующей медицинской сестре. — 2006. — № 1 (7). — С. 10–35.
6. Филиппова, Л. Н. Перемещение пациента по правилам биомеханики и медицинской эргономики / Л. Н. Филиппова // Сестринское дело. — 2014. — № 6. — С. 38–39.
7. Эргономика перемещения пациента: учебно-методическое пособие // Главная медицинская сестра. — 2013. — № 7. — С. 86–110.
8. Эргономика: принципы и рекомендации / Н. Бошев [и др.]; под ред. В. М. Мунипова. — Изд. 2-е, перераб. — М.: Всесоюзный научно-исследовательский институт технической эстетики, 1983. — 184 с.

является проблемой всех возрастов и всех стран». СД 1 типа представляет собой серьезную медико-социальную проблему, значимость которой обусловлена его высокой распространенностью, сохраняющейся тенденцией к росту числа больных, хроническим течением, высокой инвалидизацией

и смертностью пациентов в результате развития поздних сосудистых осложнений (микро-, макро-ангиопатии), а также необходимостью создания системы специализированной помощи больным с СД. Кроме того, СД 1 типа – это болезнь молодого возраста и, в частности, детского. Несмотря на это, в современной педиатрической практике нет настороженности по поводу СД у детей [2]. По данным Международной диабетической федерации, в настоящее время в мире насчитывается уже более 200 млн больных СД 1 и 2 типов, а к 2025 году их количество превысит 380 млн человек [1]. Ежегодно количество заболевших увеличивается на 6–7%, и к настоящему времени СД уже болеет 2–4% населения земного шара [4].

Пациенты с СД 1 типа составляют около 12–15% всех больных сахарным диабетом и почти в 100% случаев заболевают в детстве. Заболеваемость СД 1 типа значительно различается и в различных популяциях частота встречаемости варьирует от 1–2 до 30 и выше на 100 000 детского населения [1]. В 2016 году в Самаркандской области зарегистрировано 247 больных СД 1 типа среди лиц до 18 лет, из них 190 детей и 57 подростков. Если сравнить статистические данные за последние 10 лет, то прирост пациентов за период с 2006 по 2016 год составил 5,6%.

Современная концепция ведения пациентов с СД 1 типа трактует данное заболевание как определенный «образ жизни», следовательно, основная задача медицинских работников заключается в развитии системы обучения пациентов с СД 1 типа, а также их родителей, что является базисным компонентом лечения детей с данной патологией. Как показывает мировой опыт, рациональное использование самой многочисленной категории медицинских работников – сестринских кадров – ведет к значительному улучшению качества и доступности медицинской помощи [1]. Одной из основных форм обучения пациентов с СД во всем мире в настоящее время является организация и проведение школ здоровья [6].

Роль медицинской сестры с высшим образованием в процессе обучения проявляется в ее возможности оценивать состояние пациента до занятия в «школе здоровья», после занятий и через 6–12 месяцев, разрабатывать систему оценки эффективности обучения больных. Медсестра-организатор учитывает готовность пациента к восприятию информации, вовлекает его в процесс обучения, поощряет к установлению

собственных целей и самооценке, обучает справляться с трудностями, связанными с соблюдением различных режимов. Кроме того, в своей работе сестринский персонал должен иметь познания в области педагогики, что позволяет адаптировать методику обучения к различным социальным, образовательным и, конечно же, возрастным уровням пациентов, что требует специальной профессиональной подготовки медицинских сестер [3, 6].

Цель исследования: оценка эффективности обучения пациентов с впервые выявленным СД 1 типа в «школе здоровья».

Материалы и методы исследования. На базе областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда с 2006 года работает «школа для пациентов с сахарным диабетом» (далее – Школа), в которой врачи и медицинские сестры проводят занятия с пациентами, страдающими СД 1 типа, а также их родителями. Нами проведен мониторинг эффективности работы Школы среди больных с впервые выявленным СД 1 типа за 2016 год. В работе использовались социологический, аналитический, статистический методы исследования. В исследовании участвовало 57 пациентов с впервые выявленным СД 1 типа, а также, ввиду особенностей ухода за больными детского возраста, 52 родителя, проходивших обучение в Школе. Пациенты женского пола составили 54,8%; мужского пола – 45,2%.

Все пациенты были в состоянии декомпенсации углеводного обмена, находились на заместительной инсулинотерапии. Со всеми проводились занятия по комплексной структурированной программе обучения пациентов с СД 1 типа.

Результаты исследования и их обсуждение. Занятия в Школе проводились в виде лекции-беседы медицинской сестрой с высшим образованием. Из 57 пациентов и 52 родителей пациентов 11,9% респондентов дали определение заболеванию СД, 45,1% опрошенных перечислили симптомы СД. Имели представление о самоконтроле 5,2% респондентов. Виды, средства, частота самоконтроля требовали уточнения. Дневник самоконтроля не вел ни один из пациентов, страдающих СД 1 типа. О симптомах гипогликемии были осведомлены 9,8% больных. Легкоусваиваемые углеводы при себе не имел ни один из обучающихся в Школе. Доля респондентов, информированных о режиме питания при СД, составила

24,9%. Респонденты не имели понятия о гликемическом индексе продуктов. Употребляли сахарозаменители 15,1 % пациентов. Лишь некоторые участники исследования знали о важности ухода за ногами. Дефицит знаний пациенты отметили по всем темам занятий в Школе.

Ожидания руководителей Школы заключались в формировании новых психологических установок у пациентов, чтобы они могли взять на себя часть ответственности за лечение своего заболевания. По завершении обучения пациенты продемонстрировали повышение уровня знаний. 97,0 % респондентов и их родителей точно ответили на вопросы о клинике СД. Приобрели глюкометры и самостоятельно контролировали глюкозу крови 80,0 % пациентов, 70,2 % вели дневник самоконтроля. Большинство родителей респондентов (91,0 %) имели при себе продукты с легкоусваиваемыми углеводами. Исследование показало, что режим питания, расчет калорийности и «хлебных единиц» осуществляли 88,2 % пациентов. Информированными по темам «Гипогликемия» и «Гипергликемия» стали 97,0 % респондентов с демонстрацией помощи при данных осложнениях СД. Все пациенты осознавали важность ухода за ногами и правила, необходимые для предупреждения развития различных травм. Объективно результаты обучения пациентов с СД 1 типа и их родителей оценивались по динамике клинико-метаболических параметров, наиболее показательным из которых являлся уровень гликированного гемоглобина: по истечении 6 месяцев он составил в среднем 8,6 %.

УДК 614.23:616.314:368.941.2

Г. И. Бездетко^{1,4}, Т. И. Бессонова¹, Е. Ю. Шкатова³, О. П. Попова², А. А. Андреева³

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

¹Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

²Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

³Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

⁴БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 2 МЗ УР», Удмуртская Республика

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Бездетко Георгий Игоревич — заочный аспирант кафедры, заведующий отделением ортопедической стоматологии; Бессонова Татьяна Игоревна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Шкатова Елена Юрьевна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д.281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: argmu@igma.udm.ru; Попова Ольга Пантелеевна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент, председатель Удмуртской республиканской организации профсоюзов здравоохранения РФ; Андреева Анна Андреевна — студент стоматологического факультета

Проведен анализ показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности врачей стоматологов-ортопедов и стоматологов-терапевтов г. Ижевска, показавший высокий уровень заболеваемости в сравнении с медицинскими работниками в целом и населением Удмуртской Республики.

Ключевые слова: заболеваемость с временной утратой трудоспособности; врач-стоматолог-ортопед; врач-стоматолог-терапевт

Выводы. 1. Проведенный нами анализ свидетельствует о необходимости обучения пациентов и их родителей в «школе для пациентов с сахарным диабетом» с целью повышения уровня знаний о заболевании, осуществления контроля своего состояния, для достижения компенсации обмена веществ, что ведет к снижению уровня осложнений СД.

2. Повышение информированности пациентов и их родителей как результат обучения создает предпосылки для более активного их участия в процессе лечения.

3. Реализация обучающих программ с участием медицинских сестер с высшим образованием позволяет оптимизировать работу сестринского персонала и снизить нагрузку на врачей-эндокринологов.

Список литературы

1. **Вырмаскин, С.И.** Экономические аспекты ущерба от сахарного диабета / С.И. Вырмаскин // Вестник Самарского государственного экономического университета. — 2012. — № 11 (97). — С. 128–130.

2. **Майоров, А.Ю.** Сахарный диабет 1 типа: руководство / А.Ю. Майоров, Е.В. Суркова; Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению, ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий. — М.: Перспектива, 2007. — С. 124–135.

3. **Носкова, В.А.** Подготовка сестринских кадров с высшим медицинским образованием для терапевтического обучения больных сахарным диабетом / В.А. Носкова, Т.В. Поздеева, О.В. Васильева // Казанский медицинский журнал. — 2010. — № 4. — С. 542–544.

4. **Ходыкина, Л.А.** Сахарный диабет как медико-социальная проблема современного мегаполиса / Л.А. Ходыкина, В.И. Алексеев, Г.Я. Клименко // Актуальные проблемы инновационных систем информатизации и безопасности: матер. междунар. науч.-практ. конф. — Воронеж, 2010. — С. 267–268.

5. URL: <http://doctor.63.ru/text/mednews/725611.html>

G.I. Bezdetko^{1,4}, T.I. Bessonova¹, E.Yu. Shkatova³, O.P. Popova², A.A. Andreeva³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health, Economics and Health Care Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Department of Public Health and Health Care Service

³Department of Disaster Medicine and Health and Safety

⁴Dental Clinic No.2, Udmurt Republic

THE INCIDENCE OF DISEASE WITH TEMPORARY INCAPACITY OF WORK AMONG DENTISTS

Bezdetko Georiy Igorevich — Postgraduate, Head of the Department of Prosthetic Dentistry; **Bessonova Tatyana Igorevna** — Candidate of Medical Sciences, Lecturer; **Shkatova Elena Yuryevna** — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru; **Popova Olga Panteleevna** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Chairman of the Udmurt Republic Trade Union of Health Care Workers of Russian Federation; **Andreeva Anna Andreevna** — Student of the Faculty of Dentistry

We analyzed the incidence of disease with temporary incapacity of work among prosthodontists and dental therapists of Izhevsk; the findings showed a high level of morbidity in comparison with health care workers on the whole and with the population of the Udmurt Republic.

Key words: incidence of disease with temporary incapacity of work; prosthodontist; dental therapist

Важным показателем здоровья медицинских работников является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ). Утрата трудоспособности наносит значительный ущерб экономике страны в целом и системе здравоохранения в частности, который складывается из сокращения медицинских услуг и из стоимости выплат пособий по листкам нетрудоспособности. Врачи отнесены к группе специалистов с высоким уровнем профессиональной заболеваемости, так как их работа характеризуется наличием таких факторов, как шум, локальная вибрация, неблагоприятный микроклимат, ионизирующее и неионизирующее излучение, недостаточное освещение и другие [2,3]. Неблагоприятные условия труда физической, химической, биологической природы, работа на оборудовании с большим сроком эксплуатации истощают защитные силы организма и делают специалистов стоматологического профиля более восприимчивыми к действиям причинного фактора на фоне высокой интенсивности труда. Это приводит к снижению качества жизни врачей (чаще всего таких показателей как социальное и ролевое эмоциональное функционирование, общее состояние здоровья) и формированию синдрома эмоционального выгорания (особенно при увеличении медицинского стажа) [1,4,5].

Цель исследования: оценить уровень заболеваемости врачей-стоматологов, по данным заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования проведён анализ показателей ЗВУТ за период с 2012 по 2016 г. у стоматоло-

гов-ортопедов и стоматологов-терапевтов стоматологических поликлиник (СП) г. Ижевска. Группы сравнения составили медицинские работники в целом и трудоспособное население Удмуртской Республики (УР).

Оценивалось число случаев и дней нетрудоспособности (на 100 работающих) и средняя длительность одного случая нетрудоспособности. Анализ заболеваемости стоматологов-ортопедов проведен на базах СП УР: АУЗ МЗ РСРП МЗ УР, БУЗ УР СП № 2 МЗ УР, БУЗ УР СП № 3 МЗ УР, МУЗ УР СП № 1 МЗ УР, БУЗ УР ДСП № 2 МЗ УР. Источником статистической информации послужили данные из 544 листов временной нетрудоспособности; показатели временной нетрудоспособности в разрезе государственных организаций здравоохранения УР; формы 4 ФСС и 16 ВН. Уровень ЗВУТ оценивался по шкале Е. Л. Ноткина (1979) от очень низкого до очень высокого в зависимости от количества и продолжительности случаев нетрудоспособности.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ заболеваемости показал, что число случаев ЗВУТ по всем причинам у стоматологов-ортопедов ниже на 24,7 и 14,7%, у стоматологов-терапевтов выше на 57,9 и 78,9%, чем у медицинских работников в целом и трудоспособного населения УР соответственно. По числу случаев ЗВУТ по болезни отмечена такая же динамика показателей. При этом у стоматологов-ортопедов ЗВУТ по всем причинам и по болезни была в 2,1 и 2,3 раза ниже, чем у стоматологов-терапевтов (рис. 1).

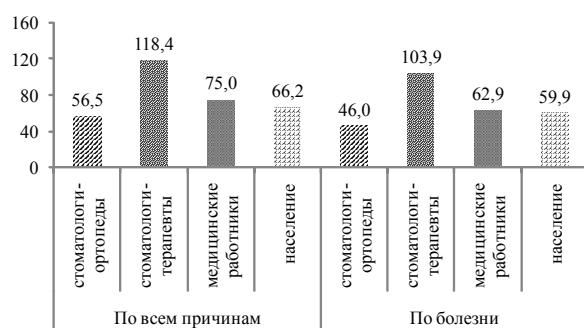


Рис. 1. Число случаев ЗВУТ стоматологов-ортопедов, стоматологов-терапевтов, медицинских работников и населения УР в среднем за 2012–2016 гг. (на 100 работающих)

ЗВУТ по количеству дней по всем причинам у стоматологов-ортопедов приближалась к показателям медицинских работников и трудоспособного населения УР, у стоматологов-терапевтов она была выше в 1,3 и 1,4 раза соответственно. ЗВУТ в днях по болезни у стоматологов-ортопедов и стоматологов-терапевтов также имела разнонаправленные колебания и была выше групп сравнения в 1,2 и 1,4 раза соответственно (рис. 2).

Обращает внимание на себя тот факт, что при низких показателях числа дней и случаев ЗВУТ у стоматологов-ортопедов длительность одного случая нетрудоспособности была как по всем причинам, так и по болезни значительно выше показателей групп сравнения и стоматологов-терапевтов в два-три раза (рис. 3). У стоматологов-терапевтов длительность случая ЗВУТ по всем причинам и по болезни была самой низкой.

Результаты исследования свидетельствуют о высокой ЗВУТ врачей-стоматологов-ортопедов и стоматологов-терапевтов в сравнении с трудоспособным населением Удмуртской Республики.

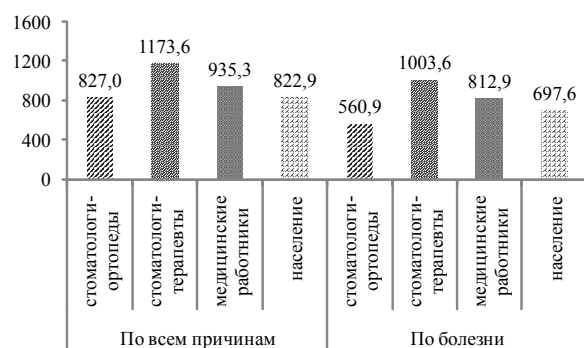


Рис. 2. Число дней ЗВУТ стоматологов-ортопедов, стоматологов-терапевтов, медицинских работников в целом и населения УР в среднем за 2012–2016 гг. (на 100 работающих)

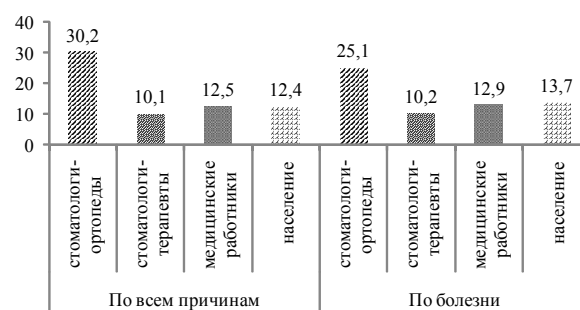


Рис. 3. Длительность случая ЗВУТ врачей стоматологического профиля, медицинских работников в целом и населения УР в среднем за 2012–2016 гг. (на 100 работающих)

Согласно шкале Е. Л. Ноткина, уровень ЗВУТ у специалистов стоматологического терапевтического профиля оценивался выше среднего по случаям (от 100 до 120 случаев на 100 работающих) и по дням (1000–1199 дней на 100 работающих), у стоматологов-ортопедов как низкий и очень низкий по случаям (50–59 случаев и ниже 50 на 100 работающих) и средний по дням по всем причинам (800–999 дней на 100 работающих) и низкий по болезни (500–599 дней на 100 работающих). В то же время у населения республики уровень ЗВУТ по случаям был ниже среднего, по числу дней нетрудоспособности – средний (60–79 и 800–999 на 100 работающих соответственно). У медицинских работников в целом по республике уровень заболеваемости оценивался как средний по случаям и по дням нетрудоспособности. Однако длительность случая нетрудоспособности у стоматологов-ортопедов была выше за счет более частых травм, болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Среди болеющих преобладали мужчины (69,5%). С учетом особенностей труда данных специалистов, чаще мужчин, ответственных за благосостояние своих семей, четко прослеживается тенденция, когда специалист берет листки нетрудоспособности только в крайнем случае при выраженной хронизации патологии, когда длительность нахождения на листке нетрудоспособности резко затягивается. Стоматологи-терапевты болели чаще при короткой длительности случая нетрудоспособности (среди них чаще были женщины – 85,7%), что указывает на то, что они выходят на работу при неполном выздоровлении или используют свои медицинские знания для более быстрого купирования заболевания. Продолжая работать с симптомами заболевания, стоматологи осознают вероятность хронизации и утяжеления патологического процесса, но идут на это в связи

с производственной необходимостью или из-за нежелания потери финансовых средств.

Вывод. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что у врачей-стоматологов-ортопедов число случаев заболеваемости по болезни ниже, у стоматологов-терапевтов выше, чем у медицинских работников в целом и населения УР. Обращает внимание факт, что у стоматологов-ортопедов средняя длительность одного случая нетрудоспособности ниже, а у стоматологов-терапевтов выше, чем у трудоспособного населения республики. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости разработки специальных мероприятий на уровне республики по оздоровлению медицинских работников и врачей стоматологического профиля в частности, учи-

тывая высокий уровень их заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Список литературы

1. Бессонова, Т.И. Заболеваемость медицинских работников стоматологического профиля / Т.И. Бессонова, Е.Ю. Шкатова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 49, № 3. – С. 3.
2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей-стоматологов-ортопедов / В.Г. Демченко [и др.] // Институт стоматологии. – 2011. – Т. 3, № 52. – С. 32–33.
3. Профессиональные факторы риска, состояние здоровья и меры профилактики в работе врачей стоматологического профиля / В.А. Катаева [и др.] // Эндодонтия сегодня. – 2016. – № 4. – С. 64–67.
4. Профессиональный риск медицинских работников / В.А. Панков [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. – № 1 (71). – С. 49–54.
5. Хронометражные исследования в стоматологии, как условия формирования безопасной больничной среды / Е.Ю. Шкатова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 223

УДК 614.2:616-082:338.27

С. П. Шилова¹, Е. А. Игошина²

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера», Пермский край
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФДПО

²ОАО «СМК «Астрамед-МС», Пермский край

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шилова Светлана Петровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 614068, Пермь, ул. Попова, д.27, кв. 60, 8-951-929-17-69, e-mail: S. Shilova39@mail.ru; Игошина Елена Аркадьевна — заместитель директора по экспертизе

В работе представлен характер обращений населения в страховую медицинскую организацию, показаны результаты плановой и целевой медико-экономической экспертизы медицинской помощи. Установлено, что наибольшее количество оснований для применения финансовых санкций связано с дефектами оказания медицинской помощи; несоответствием стандартам, несоблюдением сроков оказания медицинской помощи. Другой значимой причиной нарушений являются дефекты оформления первичной медицинской документации. Целевая медико-экономическая экспертиза выявила большой процент повторных обращений.

Ключевые слова: страховая медицинская организация; медико-экономическая экспертиза; дефекты медицинской помощи

S.P. Shilova¹, E.A. Igoshina²

Perm State Medical University named after academician E.A. Vagner, Perm region

¹Department of Public Health and Health Care Service

²OJSC Medical Insurance Company «Astramed-MS», Perm region

ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE RESULTS OF MEDICAL AND ECONOMIC EXPERT EXAMINATION AND EXAMINATION OF THE QUALITY OF HEALTH CARE

Shilova Svetlana Petrovna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 27 apt. 60, Popova st., Perm 614068, tel.: 8-951-929-17-69; e-mail: S.Shilova39@mail.ru; Igoshina Elena Arkadyevna — Deputy Director for expert examination

The paper presents the types of applications of the population to medical insurance company, the results of the planned and target medical and economic expert examination of medical care. It is established that the largest number of reasons for imposing financial penalties is connected with defects of providing health care, failing to meet standards, non-compliance with time limits for providing health care. Defects of registering primary medical documentation are another significant reason of violations. The target medical and economic expert examination revealed a large percentage of repeated applications.

Key words: medical insurance company; medical and economic expert examination; defects of medical care

Снижение уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью обуславливает необходимость в усилении защиты интересов застрахованных [2]. В числе субъектов, решающих эти

проблемы, — страховые медицинские организации (СМО), которые вносят определенный вклад в изменение сложившейся ситуации, результаты их деятельности важны для совершенствования

системы управления качеством медицинской помощи на уровне медицинских организаций [1].

Цель исследования: анализ и оценка деятельности медицинских организаций Пермского края по результатам медико-экономической экспертизы, проводимой страховыми компаниями.

Материалы и методы исследования. В работе использованы «акты экспертного контроля» и официальные статистические материалы СМК «Астрамед-МС» (форма ПГ) за 2013–2015 гг. В процессе исследования изучены характер, объемы, динамика, причины обращений населения в страховую медицинскую организацию за трехлетний период.

Результаты исследования и их обсуждение. СМК «Астрамед-МС» – крупная российская страховая медицинская организация с большим количеством филиалов на территории РФ, осуществляющая свою деятельность в Пермском крае (ПК) в течение 6 лет. По данным рейтинга официального сайта территориального фонда ОМС, она в 2015 году заняла ведущие ранговые места по 9 показателям из четырнадцати. В этом периоде не регистрировались жалобы, не предъявлялись штрафные санкции к СМО. В соответствии с законодательством РФ, федеральными и территориальными ведомственными нормативными актами деятельность СМО ориентирована на работу с обращениями застрахованных лиц, в том числе с жалобами и их причинами, досудебную и судебную защиту прав застрахованных и медико-экономическую экспертизу медицинской помощи.

Общий уровень обращаемости населения ПК в СМО в 2015 году составил 1540 случаев на 10 000 застрахованных, за последние три года показатель уменьшился в 2,1 раза. По характеру обращений застрахованных в СМК «Астрамед-МС» преобладают обращения, не связанные с нарушением прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования: заявления по выбору или замене СМО, выдаче дубликата полиса, на выделение средств для оплаты медицинской помощи, обращения за консультацией. Общее количество выявленных в результате медико-экономической экспертизы (МЭЭ) нарушений составило 921,0 на 10 000 проверенных страховых случаев. В динамике отмечалось уменьшение выявленных дефектов (в 2013 году – 111,2, в 2014 году – 914,5, в 2015 году – 849,1 на 10 000).

Каждый третий выявленный дефект (35,74% от всех нарушений) в амбулаторно-поликлини-

ческом звене – это несоответствие выполненных мероприятий стандартам медицинской помощи, каждый десятый – несоблюдение сроков оказания медицинской помощи. Аналогичные нарушения имели место в условиях госпитализации застрахованных лиц.

По материалам плановой экспертизы наибольшее количество оснований для применения финансовых санкций связано с дефектами оказания медицинской помощи (427,8 на 10 000 экспертиз). В амбулаторно-поликлиническом звене этот показатель составил 41,3% от всех нарушений, в стационаре дневного пребывания – 65,8%. Частота нарушений, связанных с дефектами оформления первичной медицинской документации, равна 234,2 на 10 000 страховых случаев. Дефекты оформления первичной медицинской документации (64,4% от общего числа) являются наиболее значимой причиной нарушений, выявленных при оказании скорой медицинской помощи.

По материалам плановой экспертизы выявлены нарушения с оплатой счетов и реестров: 165,1 на 10 000 страховых случаев или 385,2 на 10 000 дефектов. В 2015 году сумма, не подлежащая оплате медицинской организации в результате предъявления санкций за выявленные нарушения (с учетом штрафных санкций) существенно возросла и составила более 109 557 445 руб. (в 2014 г. – 13 724 323 рублей). Это позволило сохранить в системе обязательного медицинского страхования средства, которые в противном случае были бы необоснованно перечислены медицинским организациям (например, за приписки). Прочие нарушения в соответствии с разработанным Перечнем составили 9,7% от общего количества нарушений. В структуру прочих нарушений вошли нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе: «Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее)», «стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией» и др.

Целевая медико-экономическая экспертиза была ориентирована, прежде всего, на выявление повторных обращений по поводу одного и того же заболевания, оценку сроков лечения, жалобы застрахованных или их представителей. Анализ показал, что 70,4% случаев приходилось на повторные обращения, из которых более

половины (52,2%) составили поликлинические, 25,3% – стационарзамещающие формы, 11,6% – круглосуточные стационары. По скорой медицинской помощи зарегистрировано 3 случая повторных обращений в 2015 году.

В 42,0% случаев зафиксированы отклонения в сторону удлинения или укорочения сроков лечения больных, в большей степени это касалось стационарных больных с круглосуточным пребыванием (914,3 случаев из 10 000).

Выводы. 1. Разноплановый характер обращений населения в СМО свидетельствует о возросшем понимании населением ее роли в защите прав граждан в части доступности и получении качественной бесплатной медицинской помощи.

2. Основными дефектами оказания медицинской помощи, установленными в процессе плановой МЭЭ, являются несоответствие стандартам, и несоблюдение сроков оказания медицинской помощи, а при целевой МЭЭ – повторные обращения.

3. Большой процент выявленной в процессе проведения разных видов экспертиз дефектуры и снижение показателя в динамике свидетельствуют, с одной стороны, о возросшей компетентности специалистов-экспертов СМО, а с другой стороны, о положительной реакции медицинских организаций в виде конкретных действий по улучшению сложившейся ситуации.

4. Наличие повторных обращений свидетельствует о необоснованном сокращении сроков лечения, невыполнении стандартов.

Список литературы

1. Тимофеев, В. Г. Как организован контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Кемеровской области / В. Г. Тимофеев // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2014. – № 7. – С. 45–53.

2. Стенограмма пленарного заседания Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://flb.ru/info/59886.html>.

УДК 616.1:616-082-07:614.21:343.828

Н. М. Попова, Е. В. Дюжева

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

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России», Удмуртская Республика

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ ФСИН РОССИИ ПО ОКАЗАНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Дюжева Елена Викторовна – старший научный сотрудник; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 216, тел. раб.: 8 (3412) 63-19-38, e-mail: filialniifsin@mail.ru

В статье представлены результаты программного мониторинга эффективности деятельности медико-санитарных частей ФСИН России по оказанию кардиологической помощи.

Ключевые слова: оценка эффективности деятельности; сердечно-сосудистые заболевания; пенитенциарное здравоохранение

N. M. Popova, E. V. Dyuzheva

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care Service

²Research Institute of Federal Penitentiary Service, Udmurt Republic

ORGANIZING MONITORING OF THE EFFICIENCY OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL UNITS OF PENITENTIARY SYSTEM OF RUSSIA AIMED AT PROVIDING CARDIAC CARE

Popova Natalia Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Dyuzheva Elena Viktorovna – Senior Researcher; 216 Kommunarov st., Izhevsk 426004, tel. 8 (3412) 63-19-38, e-mail: filialniifsin@mail.ru

The article presents the results of the software-based monitoring of the efficiency of the activities of medical units of Russian penitentiary system aimed at providing cardiac care.

Key words: efficiency evaluation of the activities; cardiovascular diseases; penitentiary health care

На современном этапе успешное управление любой организацией и ее функционирование может быть обеспечено при наличии системы оценки эффективности деятельности, разраба-

тываемой для постоянного совершенствования работы организации с учетом потребностей всех заинтересованных сторон. В настоящее время увеличение заболеваний системы кровообраще-

ния (БСК) представляет собой одну из самых больших опасностей для здоровья населения [5]. Нужно отметить, что в последние годы и в пенитенциарном здравоохранении проблема является актуальной и связана с увеличением смертности от БСК в местах лишения свободы. Недавние статистические данные свидетельствуют, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – одна из основных причин инвалидизации и смертности среди осужденных в исправительных учреждениях России и других стран [1,6].

В этих условиях одной из приоритетных задач медицинского обеспечения подозреваемых, обвиняемых, осужденных становится совершенствование организации и качества оказания кардиологической помощи.

Цель исследования: разработать систему контроля эффективности деятельности МСЧ ФСИН России по оказанию кардиологической помощи, позволяющей формировать рейтинг медицинских учреждений УИС (на примере Приволжского федерального округа).

Материалы и методы исследования. На первом этапе задачи формирования системы контроля нами разработан алгоритм оценки эффективности деятельности МСЧ ФСИН России по оказанию кардиологической помощи.

Эффективность деятельности медицинской организации предполагает сложную задачу социальной, медицинской и экономической результативности. Значительную часть структуры эффективности деятельности составляет оценка качества медицинской помощи [4,3], согласно модели А. Донадебиана, включающая три основные категории: структуру, процесс и результат оказания медицинской помощи [7].

Согласно этим моделям нами были предложены 5 критериев и 23 показателя оценки эффективности деятельности. Показатели критерия «Оснащение» характеризуют наличие в МСЧ лицензии на осуществление медицинской деятельности, специализированного инструментального пособия, договоров с медицинскими организациями муниципального здравоохранения на оказание кардиологических услуг. Показатели критерия «Кадровый состав» позволяют оценить степень укомплектованности МСЧ врачебным и средним персоналом, их уровень квалификации. По критерию «Финансовое обеспечение» представляется возможным определить степень расходования бюджетных

средств на оказание услуг кардиологического профиля. Показатели лечебно-диагностического процесса характеризуют соответствие объемов назначаемого лечения и обследования клиническим рекомендациям, частоту расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, уровень диспансеризации, удовлетворенность медицинской помощью. Критерий «Исходы» содержит показатели распространенности, инвалидизации и смертности пациентов с БСК.

На втором этапе решения поставленной задачи проводилась математическая обработка показателей с применением метода анализа иерархий (МАИ). Использование МАИ позволяет придать числовой вес каждому показателю с учетом мнения экспертов при их парном сравнении по 9-балльной шкале [2].

В результате математического синтеза была получена формула вычисления итогового интегрального показателя (ИИП) оценки эффективности деятельности МСЧ по оказанию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

$$\begin{aligned} \text{ИИ} = & 0,017 \times X_1 + 0,004 \times X_2 + 0,007 \times X_3 + 0,0083 \times X_4 + \\ & 0,017 \times X_5 + 0,1274 \times X_6 + 0,074 \times X_7 + 0,040 \times X_8 + \\ & 0,040 \times X_9 + 0,060 \times X_{10} + 0,0187 \times X_{11} + 0,0037 \times X_{12} + \\ & 0,0157 \times X_{13} + 0,011 \times X_{14} - 0,0214 \times X_{15} + 0,0074 \times X_{16} + \\ & 0,0585 \times X_{17} - 0,0434 \times X_{18} - 0,0029 \times X_{19} - 0,1224 \times X_{20} - \\ & 0,0205 \times X_{21} - 0,0517 \times X_{22} - 0,2332 \times X_{23}. \end{aligned}$$

На третьем этапе достижения цели исследования была предложена программная технология вычисления ИИП. «Программа мониторинга эффективности деятельности МСЧ ФСИН России по оказанию кардиологической помощи» разработана в среде *Delphi 7* с использованием языка программирования *Object Pascal*. Программа позволяет вводить значение каждого показателя в абсолютных или относительных величинах, автоматически рассчитывать ИИП и визуализировать рейтинг МСЧ в графическом интерфейсе по степени эффективности деятельности (высокая степень – отличие от максимального ИИП показателя в исследуемой группе не более, чем на 33 %, средняя степень – отличие от максимального ИИП – 33–66 %, низкая степень – более 66 %).

Для проведения мониторинга по результатам деятельности за 2016 год сведения по запрашиваемым показателям были представлены из 13 МСЧ ФСИН России Приволжского федерального округа.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе обработки представленных по за-

просу данных в автоматизированном режиме был сформирован рейтинг МСЧ ФСИН России по величине ИИП:

- ФКУЗ МСЧ-63 ФСИН России (Самарская область) – ИИП=34,1
- ФКУЗ МСЧ-21 ФСИН России (Чувашская Республика) – ИИП=31,3
- ФКУЗ МСЧ-59 ФСИН России (Пермский край) – ИИП=31,3
- ФКУЗ МСЧ-56 ФСИН России (Оренбургская область) – ИИП=30,5
- ФКУЗ МСЧ-58 ФСИН России (Пензенская область) – ИИП=29,2
- ФКУЗ МСЧ-43 ФСИН России (Кировская область) – ИИП=26,9
- ФКУЗ МСЧ-73 ФСИН России (Ульяновская область) – ИИП=25,1

- ФКУЗ МСЧ-52 ФСИН России (Нижегородская область) – ИИП=25,1
- ФКУЗ МСЧ-13 ФСИН России (Республика Мордовия) – ИИП=25,5
- ФКУЗ МСЧ-18 ФСИН России (Республика Удмуртия) – ИИП=24,9
- ФКУЗ МСЧ-64 ФСИН России (Саратовская область) – ИИП=23,7
- ФКУЗ МСЧ-16 ФСИН России (Республика Татарстан) – ИИП=17,3
- ФКУЗ МСЧ-12 ФСИН России (Республика Марий Эл) – ИИП=13,5

В ходе мониторинга также определено, что итоговую высокую степень эффективности деятельности по оказанию кардиологической помощи имеют 5 МСЧ (46,1 %), среднюю – 6 МСЧ (38,4 %), низкую – 2 МСЧ (15,5 %) (рис.).

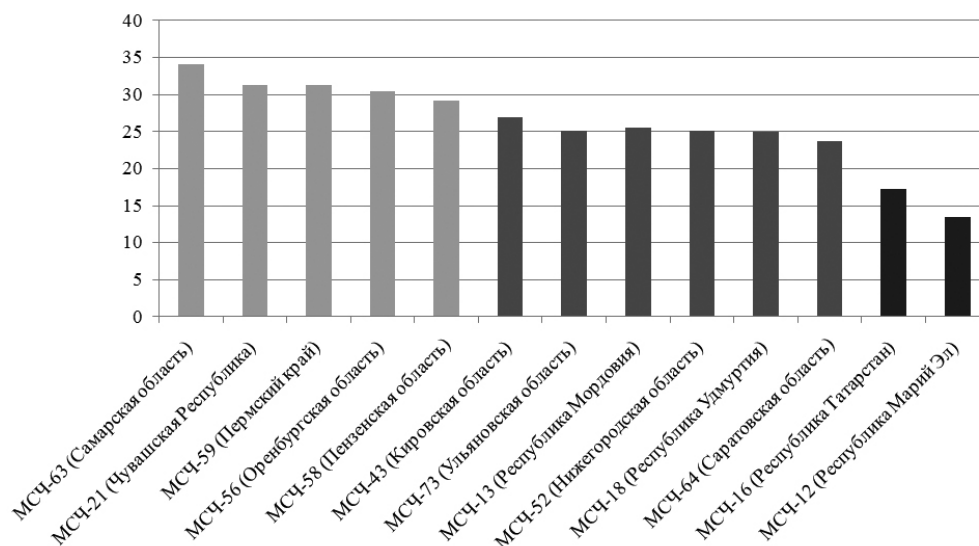


Рис. Степень эффективности деятельности МСЧ ФСИН России по оказанию кардиологической помощи

Вывод. Внедрение программного мониторинга как функции непрерывного контроля эффективности деятельности медицинских учреждений УИС позволит своевременно определять основные направления и мероприятия совершенствования кардиологической помощи. Это может способствовать снижению вклада пенитенциарных учреждений в общую смертность населения страны от ССЗ.

Список литературы

1. Дюжева, Е. В. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и инвалидизация лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы / Е. В. Дюжева, К. А. Романов // Молодой ученый. – 2015. – № 15 (95). – С. 276–279.
2. Клентак, Л. С. Элементы теории вероятностей и математической статистики: учеб. пособие / Л. С. Клентак. – Самара: Самар. гос. аэрокосм. ун-т, 2013. – 156 с.

3. Независимая оценка качества и доступности медицинской помощи в первичном секторе здравоохранения / Ю. В. Михайлова [и др.] // EastEuropeanScientificJournal. – 2016. – № 12. – С. 112–118.
4. Тельнова, Е. А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения / Е. А. Тельнова // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 5. – С. 4–9.
5. Шальнова, С. А. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10 (6). – С. 5–10.
6. Gardner, A. Many in U.S. Prisons Lack Good Health Care / A. Gardner // HealthDay. – 2009. – Jan. 16. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health.usnews.com/health-news/managing-your-healthcare/articles/2009/01/16/many-in-us-prisons-lack-good-health-care>
7. H. Ibn El Haj. Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008 / H. Ibn El Haj, M. Lamrini Nouredine Rais // International Journal for Quality Research. – 2013. – Vol. 7, № 1. – P. 17–30.

УДК 616-002.5-084-06:616.98:579.828НJV:343.81

М. Е. Вострокнутов, С. Б. Пономарёв, Н. М. Попова

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

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Вострокнутов Михаил Евгеньевич — аспирант кафедры; Пономарёв Сергей Борисович — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д.281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

В статье рассматривается сложившаяся эпидемическая обстановка по сочетанной патологии ВИЧ и туберкулёз среди лиц, отбывающих наказание. Подчёркивается актуальность проблемы, которая в условиях пенитенциарной системы, в силу ряда особенностей, приобретает высоко агрессивное течение. Проводится сравнение с тенденциями эпидемической обстановки по туберкулёзу на фоне ВИЧ-инфекции в гражданском секторе здравоохранения. Отмечается влияние эпидемической обстановки в пенитенциарной системе на состояние здоровья населения в целом. Профилактика туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных пациентов, содержащихся в пенитенциарных учреждениях, становится одним из ключевых факторов улучшения в сложившейся эпидемической обстановке. Предлагаются организационные меры по совершенствованию профилактики данной нозологии.

Ключевые слова: уголовно-исполнительная система; ВИЧ-инфекция; туберкулез; профилактика

M. E. Vostroknutov, S. B. Ponomarev, N. M. Popova

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

FEATURES OF TUBERCULOSIS PREVENTION IN HIV-INFECTED PATIENTS KEPT IN CORRECTIONAL INSTITUTIONS

Vostroknutov Mikhail Evgenievich — postgraduate student; Ponomarev Sergey Borisovich — Doctor of Medical Sciences, Professor; Popova Natalya Mitrofanovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034; tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

The article discusses the problem and the prevailing epidemic situation for the combined pathology of HIV and tuberculosis among people serving a sentence. The urgency of the problem, which under the conditions of the penitentiary system, due to a number of features, acquires a highly aggressive course, is underlined. A comparison is made with the trends in the epidemic situation for tuberculosis combined with HIV infection in the civil health care. The article notes the role and influence of the epidemic situation in the penitentiary system on the health status of the population as a whole. Prevention of tuberculosis among HIV-infected patients kept in correctional institutions is becoming a key factor in improving the current epidemic situation. Organizational measures are proposed to improve the prevention of this nosology.

Key words: penitentiary system; HIV infection; tuberculosis; prevention

Рост коморбидной патологии ВИЧ-инфекции и туберкулёза в гражданском обществе соответственно приводит к увеличению числа пациентов с данной патологией в уголовно-исполнительной системе (УИС). Несмотря на тенденцию к постепенному снижению числа лиц, страдающих активным туберкулёзом, ежегодно отмечается существенное увеличение лиц, вновь поступающих в пенитенциарную систему с ВИЧ в сочетании с туберкулёзом. Среди них велика доля пациентов, у которых ВИЧ-инфекция выявляется впервые медицинской службой УИС [1,4]. В структуре летальности доля умерших больных сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулёз ежегодно увеличивается. Число лиц, пораженных туберкулёзом, освобождающихся из мест лишения свободы, ежегодно на 10–20% выше, чем вновь поступающих в УИС. Данная категория, несомненно, оказывает прямое влия-

ние на эпидемиологическую обстановку в гражданском секторе.

Риск возникновения в очагах новых заболеваний зависит от таких факторов, как локализация туберкулезного процесса у больного, массивность выделения микобактерий, их жизнеспособность, лекарственная устойчивость и вирулентность, качество выполнения больными и контактными лицами противоэпидемических мероприятий, наличие в окружении больного лиц с повышенной восприимчивостью к туберкулезной инфекции, а также санитарно-коммунального благоустройства жилых помещений в исправительных учреждениях [4].

Основными факторами, определяющими риск контакта с туберкулезным больным, являются количество заразных больных в тюремном сообществе, длительность контактиозного периода, а также количество и характер контактов

и отношений между заразными больными и восприимчивыми лицами за единицу времени. Под значимым контактом подразумевается взаимодействие между людьми, находящимися друг от друга на расстоянии, достаточно близком для разговора, или в замкнутом пространстве, где обмен воздуха был неэффективным. Большое значение приобретает фактор времени, особенно если человек проводит в тесном контакте с больным туберкулезом более 8 часов.

У ВИЧ-инфицированных лиц риск развития активного туберкулезного процесса в разы превышает риск развития туберкулеза у лиц без иммунодефицита [5]. С учётом наличия вышеперечисленных факторов, характерных для пенитенциарной системы, без профилактических мероприятий возникновение заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированного становится практически неизбежным.

Цель исследования: дать анализ роста доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и характеристику профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Анализ официальной отчетной документации.

Рост сочетанной патологии ВИЧ-инфекции и туберкулеза в последние годы становится одной из основных проблем фтизиатрии [2,3], на наш взгляд, превосходящей по значимости проблему лекарственно-резистентного туберкулеза. Эпидемиологическим показателем, наиболее ярко отражающим актуальность сочетанной патологии, является доля больных туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных боль-

ных туберкулезом. За период с 2005 по 2016 год доля больных с ВИЧ-инфекцией среди впервые выявленных больных туберкулезом в учреждениях УИС увеличилась в 8,5 раза, (и в 2016 году почти каждый третий с впервые выявленным туберкулезом в сопутствующих заболеваниях имел ВИЧ-инфекцию).

Доля лиц с коинфекцией в пенитенциарной системе в 2016 году превышает аналогичный общероссийский показатель (19,3 % – каждый пятый) в 1,6 раза (таблица).

Одним из путей решения проблемы является профилактика заболевания туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных.

К мерам профилактики заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных из числа лиц, содержащихся в учреждениях УИС, можно отнести: химиопрофилактику противотуберкулезными препаратами в соответствии с утверждёнными схемами (режимами) лечения; своевременную диагностику, проведение обсервационных мероприятий и обследование контактных лиц; раздельное содержание пациентов согласно группам диспансерного учёта и наличию бактериовыделения; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

Согласно «Инструкции по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией», ВИЧ-инфицированные, находящиеся под следствием и отбывающие наказание в учреждениях УИС, принадлежат к группам высокого риска развития туберкулеза вне зависимости от количества $CD4$ -лимфоцитов и реакции на иммунологические тесты.

Таблица. Динамика показателя доли больных туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом у лиц, содержащихся в учреждениях УИС в сравнении с аналогичным показателем по Российской Федерации с 2005 по 2016 год

Год	Доля больных ТБ/ВИЧ среди впервые выявленных больных туберкулезом в МЗ РФ, (%)	Темп прироста, (%)	Доля больных ТБ/ВИЧ среди впервые выявленных больных туберкулезом в УИС, (%)	Темп прироста, (%)
2005	2,3	-	3,7	-
2006	3,2	39,1	4,4	18,9
2007	3,3	3,1	9,7	120,5
2008	3,8	15,2	10,6	9,3
2009	6,5	71,1	14,4	35,8
2010	7,6	16,9	14,8	2,8
2011	9,5	25,0	17,2	16,2
2012	10,7	12,6	21,3	23,8
2013	12,5	16,8	21,5	0,9
2014	15,1	20,8	25,7	19,5
2015	17,3	14,6	30,0	16,7
2016	19,3	11,6	31,5	5,0

Рекомендованная длительность химиопрофилактики туберкулёза изониазидом в местах лишения свободы составляет 36 месяцев. Из этого следует, что формирование приверженности к лечению с самого начала наблюдения пациента с ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе становится актуальным. Без должных мер дисциплинарного воздействия на осужденного, утверждённых в законодательстве, задача, поставленная лечащему врачу, становится практически неосуществимой.

Вероятность заражения, реактивации или суперинфекции туберкулёзного процесса у ВИЧ-инфицированного пациента в пенитенциарной медицине увеличивается ещё в большей мере при попадании его в специализированные противотуберкулёзные лечебно-исправительные учреждения (ЛИУ), в том случае, если у него обнаруживаются подозрения на характерные для туберкулёза изменения, но диагноз не установлен центральной врачебной контрольной комиссией (ЦВКК). В случае не подтверждения диагноза активного туберкулёза, пациенту, бывшему в очаге туберкулёзной инфекции, выставляется диагноз «Контакт по туберкулёзу, 4 А группа диспансерного учёта». Таким образом, пациент получает дозу инфекционной нагрузки, многократно увеличивающей риск заболевания. Существует и другой вариант, с более негативным прогнозом. С целью поддержания социальных связей, трудоустройства или по иным причинам, не зависящим от медицинской службы, пациент с ВИЧ-инфекцией остаётся после обследования в противотуберкулёжном учреждении. Несомненно, высокая инфекционная нагрузка в совокупности со снижением иммунного статуса и негативными бытовыми факторами приводит к заболеванию туберкулёзной инфекцией.

Для снижения риска заболеваемости туберкулёзом спецконтингента, страдающего ВИЧ-инфекцией, после выявления подозрения на туберкулёз необходимо проведение полного комплекса диагностических мероприятий, включая выезды в учреждения гражданской системы здравоохранения с диагностической целью, бактериологические методы, проведение курсов тест-терапии на туберкулёз должно проводиться на базе учреждения УИС, не несущего инфекционной опасности.

Подобная лечебно-диагностическая тактика позволит снизить риск заболеваемости туберкулёзом среди ВИЧ-инфицированных. В нормативно-правовой базе данные мероприятия могут дополнить пункт 330 Приказа МЗ и СР РФ и МЮ РФ 640/190 от 17 октября 2005 года

«О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключённым под стражу». Для их выполнения потребуется создать врачебную фтизиатрическую комиссию и предусмотреть введение в штатное расписание должности фтизиатров-кураторов учреждений УИС.

Важнейшим условием успешной профилактической противотуберкулёзной работы является постоянное взаимодействие главного фтизиатра медицинского отдела УФСИН, эпидемиолога Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН), врачей медицинской службы УФСИН и согласованность их действий с администрацией УФСИН, где выявлен первичный очаг заболевания с активным туберкулезом.

Актуальны вопросы профилактики и тактики ведения пациентов с коморбидной инфекцией ВИЧ и туберкулёз в специальных ЛИУ и других противотуберкулёзных учреждениях УИС. В основных принципах оказания противотуберкулёзной помощи в пункте 317 Приказа МЗ и СР РФ и МЮ РФ 640/190 от 17 октября 2005 года «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключённым под стражу» указано раздельное содержание лиц, нуждающихся в проведении диагностических мероприятий для уточнения диагноза «Туберкулёз» (в «0» группе диспансерного учёта (ГДУ)), от лиц, больных активным туберкулёзным процессом (I и II ГДУ), больных с впервые выявленным и рецидивом туберкулёзного процесса от больных хроническим туберкулёзом, больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, от других больных активным туберкулезом, а также бактериовыделителей с устойчивостью от других больных, выделяющих микобактерии туберкулёза. В приказе нет рекомендаций и принципов для содержания и ведения больных туберкулёзом на фоне ВИЧ-инфекции. Совместное содержание лиц, больных туберкулёзом, с лицами, больными туберкулёзом + ВИЧ», с большей долей вероятности приведёт к реинфекции или суперинфекции, обострению туберкулёзного процесса за счёт увеличения эпидемиологической нагрузки на пациентов с иммуносупрессией. Для улучшения эпидемиологической обстановки целесообразно содержать больных коморбидной нозологией ВИЧ и туберкулёз отдельно от больных туберкулёзом согласно группам диспансерного учёта по туберкулёзному процессу и наличию бактериовыделения. Создание жилых помеще-

ний казарменного типа для проживания лиц, больных туберкулёзом на фоне ВИЧ-инфекции, с отдельными секциями по группам диспансерного учёта и наличию бактериовыделения целесообразно для пациентов с иммуносупрессией ($CD\ 4$ менее 500 кл/мл), находящихся на амбулаторном противотуберкулёзном лечении и наблюдении, и не нуждающиеся в стационарной помощи. Для осуждённых данной категории целесообразно будет создать облегчённые условия проживания и режима отбывания наказания (укороченный рабочий день, дополнительные продуктовые передачи и т.д.), что также можно использовать как инструмент формирования приверженности к лечению.

Вывод. Содержание лиц неинфицированных туберкулёзом и ВИЧ-инфицированных осуждённых и подследственных, в том числе состоящих на диспансерном учёте с клиническим излечением туберкулёзного процесса (III группа диспансерного учёта) и контактом по туберкулёзу (IV А группа дис-

пансерного учёта) в противотуберкулёзных ЛПУ и других учреждениях уголовно-исполнительной системы, оказывающих медицинскую помощь больным туберкулёзом и являющихся очагами с высокой инфекционной нагрузкой, недопустимо.

Список литературы

1. ВИЧ-медико-социальная помощь: руководство для специалистов / под ред. Н. А. Белякова. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 356 с.
2. Дюжева, Е. В. Особенности вегетативной регуляции и показатели сердечно-сосудистой деятельности в условиях пенитенциарного стресса / Е. В. Дюжева, С. Б. Пономарев, Н. М. Попова // Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – № 1–2. – С. 176–181.
3. Мишина, А. В. Совершенствование диспансерного наблюдения и медицинской реабилитации больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Мишина. – М., 2016. – 24 с.
4. Проблемы информационного мониторинга социально значимых заболеваний (на примере ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе) / Е. Л. Аверьянова [и др.]. – Псков: ООО Печатный двор «Стерх», 2016. – 116 с.
5. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией / И. А. Васильева [и др.]. – М.: Трида, 2016. – 42 с.

УДК 616.5-006.81-052

Н. М. Попова, Д. А. Плеханова, Л. Л. Гарифуллина

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

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedraozz@mail.ru; Плеханова Дарина Анатольевна – студент; Гарифуллина Лилия Ленаровна – студент

В статье дана характеристика заболеваемости населения Удмуртской Республики меланомой кожи за 2016 год по возрасту, половому признаку и занятости населения. Проведена выкопировка данных медицинских карт 71 амбулаторного больного, изучена частота встречаемости различных гистологических видов меланом.

Ключевые слова: меланома; опухоль; кожа; гистологические виды; поликлиника; меланин; невус; родинка; родимое пятно; Удмуртская Республика

N.M. Popova, D.A. Plekhanova, L.L. Garifullina

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

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SKIN MELANOMA SEEN IN THE OUTPATIENT DEPARTMENT

Popova Natalia Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedraozz@mail.ru; Plekhanova Darina Anatolievna – Student of the Academy; Garifullina Liliya Lenarovna – Student of the Academy

The article describes the incidence of melanoma among the population of the Udmurt Republic in 2016 according to age, gender and employment. Medical records of 71 outpatients were analyzed. The frequency of occurrence of various histological types of melanomas was studied.

Key words: melanoma; tumor; skin; histological types; outpatient department; melanin; nevus; mole; birthmark; Udmurt Republic

Меланома кожи – чрезвычайно злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов – пигментных клеток, продуцирующих специфический полипептид меланин. Для меланомы характерно скопление меланина в клет-

ках опухоли, однако встречаются и так называемые беспигментные меланомы [1,2]. Женщины страдают меланомой в среднем в 1,7 раза чаще мужчин. В целом в Удмуртии есть тенденция к росту заболеваемости меланомой кожи:

за последние пять лет темпы прироста составляют в среднем 11,7 % у мужчин и 11,2 % у женщин. В Удмуртии, если взять средние показатели, меланому регистрируют в возрасте 53 лет, а в России – в 45 лет. У мужчин меланома выявляется наиболее часто в возрасте 45–56 лет, у женщин – 42–69 лет [5].

В наши дни воздействие ультрафиолетового спектра солнечной радиации признают одним из наиболее важных экзогенных факторов, способствующих возникновению меланомы кожи. Решающее значение имеет то, что меланома чаще возникает на защищенных одеждой участках тела при резком и интенсивном, возможно, даже однократном воздействии солнечной радиации. Выявлено, что меланомой кожи чаще всего заболевают люди, которые в течение основного времени своей жизни находятся в помещении, а отдыхают на открытом воздухе под солнцем. По мнению большинства исследователей, на частоту возникновения влияют и этнические факторы. Опухоль чаще поражает людей со светлой кожей, реже лиц негроидной расы. Нарушение пигментации кожи и, как следствие этого, неадекватная реакция кожи на ультрафиолетовую радиацию играют важную роль в этиологии меланомы. Чаще заболевают люди, не склонные к загару, у которых при воздействии ультрафиолета возникают ожоги. «Типичный» пациент с меланомой имеет соломенные или рыжеватые волосы, голубые глаза и светлую кожу. Риск развития меланомы повышается в 1,6 раза у блондинок, в 2 раза у людей со светлой кожей, в 3 раза у рыжеволосых. Риск развития меланомы повышен в семьях, страдающих синдромом атипичного (диспластичес-

кого) родимого пятна. Для атипических родинок характерно злокачественное перерождение, поэтому их считают самым неблагоприятным фактором [1–4].

Цель исследования: характеристика пациентов с меланомой кожи, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью.

Материалы и методы исследования. Источниками сведений о больных меланомными новообразованиями кожи явились данные БУЗ УР «Республиканского клинического онкологического диспансера им. С. Г. Примушко МЗ УР» за 2016 год. Была проведена выкопировка данных медицинских карт амбулаторного больного (форма № 025/у-04).

Результаты исследования и их обсуждение. В поликлинику обратился 71 человек, из них 47 женщин (66,19 %), 24 мужчины (33,81 %). Из сельской местности – 23,94 % пациентов, из города – 76,06 %. Все пациенты были оперированы в стационаре БУЗ УР РК ОД им. С. Г. Примушко МЗ УР в 2016 году. Гистологическая характеристика меланом кожи у оперированных пациентов по полу представлена в таблице 1.

Характеристика гистологических видов меланом кожи у оперированных пациентов различного возраста представлена в таблице 2. В структуре пациентов, находящихся под наблюдением амбулаторно-поликлинического учреждения, преобладают лица в возрасте 61–70 лет.

Характеристика гистологических видов меланом кожи у оперированных пациентов разного социального положения представлена в таблице 3. Среди оперированных пациентов преобладают лица пенсионного возраста.

Таблица 1. Характеристика гистологических видов меланом кожи у оперированных пациентов по полу

Гистологические виды меланом	Муж.		Жен.		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Эпителиоидно-клеточная	9	37,6	14	29,7	23	32,4
Веретенноклеточная	4	16,6	4	8,5	8	11,2
Смешанная веретенноклеточная и эпителиоидная	7	29,2	10	21,2	17	24,0
Беспигментная меланома	-	-	3	6,3	3	4,2
Диспластический невус	4	16,6	9	19,1	13	18,4
Невус-меланома	-	-	7	14,8	7	9,8
Итого	24	100,0	47	100,0	71	100,0

Таблица 2. Характеристика гистологических видов меланом кожи у оперированных пациентов различного возраста

Гистологические виды меланом	Возраст														Всего	
	17–27		28–38		39–49		50–60		61–71		72–82		83 и более			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Эпителиоидно-клеточная	1	50,0	1	20,0	5	33,4	5	38,4	8	38,1	1	10,0	2	40,0	23	32,4
Веретенноклеточная	-	-	-	-	2	13,4	1	7,6	1	4,7	2	20,0	2	40,0	8	11,2
Смешанная веретенноклеточная и эпителиоидная	-	-	-	-	2	13,3	2	15,3	8	38,1	4	40,0	1	20,0	17	24,0
Беспигментная меланома	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9,6	1	10,0	-	-	3	4,2
Диспластический невус	1	50,0	1	20,0	5	33,3	4	30,7	1	4,7	1	10,0	-	-	13	18,4
Невус-меланома	-	-	3	60,0	1	6,6	1	7,6	1	4,7	1	10,0	-	-	7	9,8
Итого	2	100,0	5	100,0	15	100,0	13	100,0	21	100,0	10	100,0	5	100,0	71	100,0

Таблица 3. Гистологические виды меланом кожи у оперированных пациентов разного социального положения

Гистологические виды меланом	Занятость						Всего	
	пенсионер		работающий		учащийся			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Эпителиоидно-клеточная	14	33,3	8	28,5	1	100,0	23	32,3
Веретенноклеточная	6	14,2	2	7,1	-	-	8	11,2
Смешанная веретенноклеточная и эпителиоидная	14	33,3	3	10,7	-	-	17	23,9
Беспигментная меланома	3	7,1	-	-	-	-	3	4,2
Диспластический невус	2	4,7	11	39,2	-	-	13	18,3
Невус-меланома	3	7,1	4	14,2	-	-	7	9,8
Итого	42	100,0	28	100,0	1	100,0	71	100,0

В структуре гистологических форм меланом у оперированных пациентов преобладают эпителиоидно-клеточная форма – 32,40%, смешанная – 23,95%, диспластический невус – 18,31% (рис.).



Рис. Распределение гистологических форм меланом среди оперированных пациентов

Вывод. Среди пациентов с меланомой кожи наиболее распространен эпителиоидно-клеточный гистологический тип меланомы. Заболеваемость городского населения на 2,17 превышает заболеваемость сельского населения. Женщины наиболее часто болеют меланомой кожи, чем мужчины. Чаше заболевание встречается в возрасте от 61 до 71 года.

Список литературы

1. Давыдов, М. И. Онкология: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 920 с.
2. Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 700 с.
3. Онкология: национальное руководство / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1060 с.
4. Патологическая анатомия: атлас: учебное пособие для студентов медицинских вузов и последипломного образования / под ред. О. В. Зайратьянца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 960 с.
5. Карта родинок // Известия Удмуртской Республики. – Режим доступа: <http://izvestiaur.ru/society/5738601.html>.

УДК 614.212:618-082 (470.13)

Е. А. Вурдова

ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара», Республика Коми
Женская консультация

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В Г. СЫКТЫВКАР

Вурдова Евгения Анатольевна — главная акушерка; 167018, г. Сыктывкар, пр-т Бумажников, д.7 кв.106, тел: 8 (904)-236-42-79 e-mail: vurdova@yandex.ru

Организация медицинской помощи в женской консультации. Роль малой операционной в сохранении здоровья женщины.

Ключевые слова: медико-демографические процессы; женское здоровье; гинекологические заболевания; малые операционные; врачебные манипуляции

Е. А. Vurdova

Central Polyclinic, Komi Republic
Women's Health Clinic

ORGANIZATION OF THE WORK OF THE WOMEN'S CONSULTATION IN SYKTYVKAR

Vurdova Evgeniya Anatolyevna — Chief midwife; 7 apt. 106, Bumazhnikov ave., Syktyvkar, 167018; tel.: 8 (904)-236-42-79, e-mail: vurdova@yandex.ru

The article is about the organization of medical care for the population under present-day conditions in obstetrics exemplified by a women's health clinic. The role of a minor surgery room in maintaining the women's health is described.

Key words: medical and demographic processes; women's health; gynecological diseases; minor surgery rooms; medical manipulations

Республика Коми (РК) расположена на крайнем северо-востоке европейской части Российской Федерации. Территория РК по площади составляет 416,8 тыс. кв. км, протяжённость с юго-запада на северо-восток — 1 275 км. Для РК характерны экстремальные климатографические условия, низкая плотность населения (2,3 человека на 1 км²), низкая транспортная доступность, что снижает доступность медицинской помощи, в первую очередь для сельских жителей. По данным на 1 мая 2016 года, численность населения РК составила 855,2 тыс. человек, которые представляют 123 национальности. Доля женщин фертильного возраста (15–49 лет) составляет 58,3 % от общей численности населения [7,8].

В настоящее время предъявляются достаточно высокие требования к качеству медицинской помощи системы родовспоможения. Работа коллектива поликлиники по повышению качества медицинской помощи является приоритетной задачей в рамках проводимой реформы здравоохранения и реализации Национального проекта «Здоровье» [1].

Цель исследования: дать характеристику деятельности женской консультации.

Материалы и методы исследования. Проанализирована отчетно-учетная документация женской консультации ГБУЗ «Центральная поликлиника г. Сыктывкар».

Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь. В связи с этим руководство поликлиники уделяет большое внимание материально-техническому оснащению всех подразделений лечебного учреждения и расширению штатных единиц. Основной задачей женской консультации является охрана здоровья женщины и её будущего ребёнка [3].

В целях оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране и укреплению репродуктивного здоровья, основные направления работы с обратившимися пациентками распределяются в нескольких направлениях — работа с беременными (не менее 50 % выполняемых объёмов медицинской помощи), работа с гинекологическими больными (35–40 %), аборт и их профилактика (3–5 %), профилактические осмотры женщин и выявление онкологической патологии (5–7 %). Для удобства пациентов, обратившихся в женскую консультацию, и ограничения времени первичного и последующего обследования во время беременности с 2011 года организованы приёмы узких специалистов — кардиолога, терапевта, врача-офтальмолога, постоянно работает стоматологический кабинет, организованы приёмы врачей специа-

листов онкологов-маммологов. С 2013 года проводится регистрация ЭКГ беременным пациенткам и пациенткам, направленным на плановое оперативное лечение в стенах женской консультации. Сведения обо всех взятых на учёт беременных передаются во взрослые (при наличии экстрагенитальной патологии, требующей совместного ведения) и детские поликлиники, куда беременная женщина будет обращаться после первоначального обследования. При необходимости, женщины с экстрагенитальной патологией направляются в соматические стационары для детального обследования и решения вопроса о возможности вынашивания беременности, а в дальнейшем они наблюдаются в женской консультации совместно с терапевтом и другими специалистами (по профилю соматического заболевания) [3].

С 2012 года женская консультация перешла на использование одноразового расходного материала. Одноразовые гинекологические наборы разной модификации с цитощетками, ложками Фолькмана, с предметными стёклами, зонд-тампоны, одноразовые наборы для снятия швов, самоклеящиеся послеоперационные повязки, бинты самофиксирующие, перчатки различной модификации.

Малая операционная женской консультации в полном объеме обеспечивается хирургическим и стерильным материалом в соответствии с требованиями [4,7]. Для стерилизации изделий многоразового применения применяются крафт-пакеты различного диаметра, длины, изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, разрешенные для этой цели в установленном порядке [4]. С 2013 года закупаются одноразовые аспирационные зонды разной модификации для проведения пайпель-биопсий эндометрия для диагностики гиперпластических заболеваний эндометрия.

В кабинете патологии шейки матки стало возможно проведение забора жидкостной цитологии с шейки матки. Это инновационный метод цитологического исследования, «золотой стандарт» диагностирования неоплазий слизистой оболочки канала и влагалищной части маточной шейки, который применяется при подозрении у пациентки на рак или дисплазию. Благодаря

такому способу диагностики можно обнаружить рак на ранних стадиях развития, что увеличивает шансы на полное излечение. Врачи женской консультации применяют фармакологический метод прерывания беременности. При этом методе исключается травматизация эндометрия матки, нет риска перфорации матки, нет риска развития синдрома Ашермана и восходящей инфекции [3]. Восстановление менструального цикла более благоприятно.

С 2014 года запущена работа радиоволнового аппарата «Сургидрон» (радиоволновое лечение шейки матки). Приобретён и внедрён в работу комплекс аппаратно-программный неинвазивного исследования центральной гемодинамики методом объёмной компрессионной осциллометрии КАП «Цгосн – «Глобус» для проведения исследований беременным пациенткам. С 2013–2015 годов приобретены и внедрены в работу ультразвуковые аппараты экспертного класса *HD 11 XEPHILIPS, VOLUSON S8*. Проводится пренатальная диагностика нарушений развития плода с использованием аппаратов УЗИ экспертного класса и параллельным забором крови на биохимический скрининг [3]. За последние три года внедрены и успешно используются методики эхогистеросальпингоскопии, фолликулометрии, динамическое УЗ-наблюдение за состоянием эндометрия в циклах подготовки к беременности.

В 2014 году приобретены и внедрены в работу медицинские эндоскопические приборы отличного качества, применяемые для диагностики внутриматочных патологий и проведения хирургических манипуляций под оптическим контролем – гистероскопы систем «Рудольф», «Крыло» [5,6]. В полном объеме женская консультация обеспечена облучателями закрытого типа (рециркуляторы), автоматическими тонометрами *OMRON M2 Basic (HEM-7121-ARU)* с адаптером для измерения артериального давления, пульсоксиметром [3]. В рамках программы «Родовые сертификаты» беременные пациентки обеспечиваются бесплатно перечнем медицинских препаратов, утверждённым ведущей женской консультацией.

С 2014 года используются тест-системы для определения кислотности влагалища кольпотесты *Ph*; тест-системы для диагностики преждевременных родов *Premium Diagnost*; тесты-системы

«*Actim Partus*, Амнишур (*AmniSure*) – наиболее точный неинвазивный метод диагностики преждевременного излития околоплодных вод. Точность теста составляет 98,7%. Вышеперечисленным арсеналом диагностических тестов обеспечен каждый врач-акушер-гинеколог в женской консультации.

В женской консультации внедрён скрининг на основные заболевания из группы инфекций, передающихся половым путем. С марта 2014 года данный скрининг расширен бесплатными обследованиями на основные виды *TORH*-инфекции (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус и вирус простого герпеса) [3].

При обращении к врачам специалистам пациентки обследуются на базе женской консультации. В перечень обследования входят гормоны, УЗИ органов малого таза, оценка состояния эндометрия путём проведения пайпель-биопсии, проведение биохимических исследований, оценка коагуляционного звена гемостаза. Возрос интерес женщин перименопаузального возраста к современным методам профилактики и коррекции климактерических расстройств, доля обращений по данной проблеме в структуре нарушений менструального цикла (НМЦ) составляет 25–30% (табл. 1).

С конца 2011 года в женской консультации внедрена методика проведения Эхо-гистеросальпингоскопии (ЭхоГСС). Данная процедура имеет ряд преимуществ перед метросальпингографией (МСГ) – выполняется в первую фазу менструального цикла, не требует госпитализации, значительных материальных затрат, сложной подготовки, даёт дополнительную информацию о состоянии яичника, наличии и размерах доминантного фолликула, структуре и толщине эндометрия, состоянии миометрия. В качестве контраста используется стерильный подогретый раствор фурацилина, что позволяет профилактировать ВЗОМТ, а, главное, получать результат процедуры в режиме реального времени, что позволяет скоординировать дальнейшее лечение. За период 2012–2016 годов на базе женской консультации совместно с врачами ультразвуковой диагностики было выполнено 210 таких процедур.

Проведено лицензирование кабинета лазерной терапии, введены в работу аппараты для внутривенного лазерного облучения кро-

ви Матрикс-Влок, которое оказывает положительное влияние на биохимические реакции и физиологические процессы в организме [7]. Благодаря системному воздействию на ткани, методика применяется во всех сферах медицины и косметологии с высокой степенью эффективности. Оборудованы малая операционная, кабинет патологии шейки матки бинокулярным кольпоскопом с видеоинформацией на монитор, кабинеты функциональной диагностики. Запущены в работу фетальные мониторы «Уникос», «*Sony Caid*», фетальные доплеры «*Baby Care*». Обновлена мебель, лабораторное оборудование, гинекологические кресла заменены на многофункциональные кресла современной модификации; оборудованы лечебные кабинеты терапевта, стоматолога, маммолога, акушеров-гинекологов. В рамках программы информатизации учреждений здравоохранения все рабочие места женской консультации оснащены современными компьютерами с соответствующим программным обеспечением для ведения медицинской документации в электронном варианте. С 1 сентября 2016 года обеспечено полное ведение расписания приёма специалистов, а также контроль за записью пациентов на приём к врачу в электронном виде в РИАМСЗ Республики Коми, в которой поддерживается автоматическая выгрузка расписания на новую версию портала госуслуг.

Проведено лицензирование малой операционной женской консультации.

В операционной осуществляются врачебные манипуляции и гинекологические операции: прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты), проведение лечебно-диагностических выскабливаний, вакуум-аспирация эндометрия (пайпель-биопсия эндометрия с использованием одноразовых зондов «Юнона»), введение акушерских pessaries, введение и удаление внутриматочных спиралей, родовое удаление швов с шейки матки, удаление послеоперационных швов, швов с промежности [3], а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий: гистероскопия (гистероскопы системы «Рудольф», «Крыло») [5], оздоровление шейки матки с использованием радиоволновой аппаратуры системы «Сургидрон» (табл. 2).

Таблица 1. Структура обращений с гинекологическими заболеваниями в 2014–2016 гг.

Нозология	2014	2015	2016
	17 участок	17 участок	15 участок
Миома матки	9,2 %	11,2 %	7,5 %
Бесплодие	6,5 %	6,6 %	9,2 %
ВЗОМТ	14,2 %	10,9 %	16,1 %
Вагинит	13,0 %	7,0 %	17,3 %
Эндометриоз	2,8 %	9,4 %	2,5 %
Гиперплазия эндометрия	3,0 %	7,0 %	2,9 %
Проллапс гениталий	5,4 %	7,7 %	2,5 %
Заболевания молочной железы	4,0 %	6,8 %	5,4 %
Кисты и кистомы яичников	6,5 %	4,0 %	3,0 %
Заболевания шейки матки	5,6 %	2,1 %	7,9 %
НМЦ	16,1 %	12,9 %	17,3 %
Прочие	13,2 %	14,4 %	8,4 %

Таблица 2. Показатели работы малой операционной женской консультации за 2014–2016 гг.

Наименование манипуляции	2014	2015	2016
В целом по женской консультации	7966	8302	6961
Введение ВМС	405	447	388
Экстракция ВМС за нити, крючком	469	393	270
Биопсия шейки матки прицельная	393	332	309
Мини аборт	62	22	18
Аспирационная биопсия эндометрия	558	583	571
Диатермокоагуляция шейки матки	138	121	48
Диатермокониэзия ш/м д/эксцизия	36	13	2
Полипэктомия	11	33	14
Соскоб из ц/к	57	46	20
Удаление папиллом нар. пол. орг. д/эксцизия	1	2	1
Удаление швов на промежности послеродовым женщинам	376	397	433
Введение пессария, влагалищного кольца	137	168	130
Удаление ткани лигатур, пессария, влагалищного кольца	61	76	38
ЛДВ	9	6	1
Удаление швов	355	383	273
Лечебно-диагностическая гистероскопия	74	22	78

28 ноября 2012 года персонал нашего медицинского учреждения принимал роды в условиях малой операционной женской консультации. Пациентка была повторнородящей, роды срочные стремительные. Роды закончились благополучно рождением мальчика весом 2500 г., проведена профилактика раннего послеродового кровотечения, маму с новорожденным доставили в Кардиологический родильный дом в отделение «Мать и дитя». Случай из практики стал широко известен общественности благодаря публикации в региональной прессе [7].

Вывод. В женской консультации ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара» внедрены новые технологии обследования и лечения беременных и гинекологических пациенток. На базе женской консультации организованы приемы узких специалистов (кардиолог, терапевт, офтальмолог, онколог-маммолог). Запущено в работу современное медицинское обо-

рудование, отвечающее динамичному развитию медицинских технологий, введен в эксплуатацию одноразовый расходный материал, стерилизация в крафт-пакетах (упаковка нового поколения, получившая широкое распространение, благодаря своим хорошим эксплуатационным качествам) [4]. Кабинеты специалистов оснащены современной компьютерной техникой для работы в РИАМСЗ РК. Организована работа кабинета поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации, приоритетом работы которого являются мероприятия по предупреждению абортов и медико-психологической помощи женщинам и членам их семей [1]. С 2016 года в женской консультации на базе лаборатории стали осуществляться диагностическо-цитологические исследования. Внедрены новые стационарные замещающие технологии лечения в условиях малой операционной женской консультации [2].

Улучшение репродуктивного здоровья должно стать долгосрочным стратегическим императивом государства. Репродуктивный гомеостаз у женщин Севера находится в состоянии повышенной и чрезмерной напряжённости, что ведёт к преждевременному истощению его функций и к увеличению уровня акушерско-гинекологической патологии. Важнейшими направлениями работы системы здравоохранения по профилактике заболеваемости женщин фертильного возраста является охрана здоровья матери и ребёнка.

Правительством Республики Коми и Министерством здравоохранения принимаются усилия по созданию материально-технической базы родовспомогательных учреждений республики. Чем больше мы вкладываем в здоровье женского населения, тем здоровее будет наше будущее поколение. Преодоление демографического кризиса и повышение качества медицинской помощи женщинам должны стать общей целью врачей женских консультаций и родильных домов, специалистов с медицинским образованием среднего звена, сотрудников

медицинских и образовательных учреждений, руководителей здравоохранения всех уровней и самих граждан.

Список литературы

1. ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. ФЗ РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (ред. 25.06.2012) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
3. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 572 н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных технологий)».
4. СанПиН 2.1.3.2630–10 «Общие требования к организациям, осуществляемым медицинскую деятельность».
5. СП 3.1.3263–15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах»: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2015 № 20.
6. Об утверждении Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения: Постановление Правительства РФ от 25.02.2004 № 107 (ред. от 24.09.2010) (утратил силу 16.04.2012).
7. Статистический ежегодник Республики Коми. 2016: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2016. – 391 с.
8. **Макарова, Е.** Пришла узнать, как дела, и тут же родила: [Электронный ресурс] / Е. Макарова // Трибуна. – 2012. – 30 ноября. – Режим доступа: <http://siktivkar.bezformata.ru>.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 614.2:314.335.044:378.661 (575.3+470.51-25)

Н. М. Попова¹, Г. Н. Махмудова¹, А. М. Халбеков²

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

²Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК СТУДЕНТОВ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 52-62-01, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Махмудова Гулнорахон Насруллоевна — студент лечебного факультета; Халбеков Азимбай Мирзохамдамович — студент лечебного факультета

Статья посвящена изучению репродуктивных установок студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и Ижевской государственной медицинской академии.

Ключевые слова: репродуктивные установки; студенты; семья

N. M. Popova¹, G. N. Makhmudova¹, A. M. Khalbekov²

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

²Tajik State Medical University named after Avicenna, Republic of Tajikistan

PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE ATTITUDES OF THE STUDENTS OF TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER AVICENNA AND IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Popova Natalya Mitrofanovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel. 8 (3412) 52-62-01, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Makhmudova Gulnorakhon Nasrulloevna — student of the Faculty of General Medicine; Khalbekov Azimbai Mirzokhamdamovich — student of the Faculty of General Medicine

The article is devoted to the study of reproductive attitudes of the students of Tajik State Medical University named after Avicenna and Izhevsk State Medical Academy.

Key words: reproductive attitudes; students; family

Одной из важных демографических проблем современного общества является рождаемость. В Российской Федерации общий коэффициент рождаемости на 1000 населения в 2016 году составлял 13,1. В современном Таджикистане наблюдается высокий коэффициент рождаемости. В 2015 году он составил 28,1 родившихся на 1000 населения. По результатам социологического исследования ожидаемое количество детей среди студенток Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) 2,1; у студентов мужчин — 2,0. Идеальным количеством девушки ИГМА считают 2,4, мужчины — 2,2 ребенка в семье. Студенты-медики российского вуза не ориентированы на многодетную семью [1–5].

Цель исследования: изучить особенности репродуктивных установок студентов Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и Ижевской государственной медицинской академии.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 103 студентов Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) и 100 студентов Ижевской государственной медицинской академии в возрасте от 18 до 26 лет. При составлении анкет учитывались следующие признаки — пол, возраст, количество детей в семье, ожидаемое количество детей, идеальное количество детей в семье. Результаты исследования подверглись статистической обработке с вычислением средних величин.

Результаты исследования и их обсуждение.

В анкетировании участвовали 103 студента ТГМУ (57,3% – девушки, 42,7% – юноши) и 100 студентов ИГМА (62% – девушки и 38% юноши). Среди студентов ИГМА большинство (42%) ответили, что в семьях родителей 2 детей, у 28,0% – 1 ребенок, у 30% – более 3 детей. У 33,9% таджикских студентов в семьях родителей 3 ребенка, у 31,1% – 4 ребенка, у 13,6% – 5 детей, у 5,7% респондентов – 6–8 детей. Ожидаемое число детей (планируемое в их будущей семье) у 36,6% молодых людей – таджикских студентов – 4, у 30,0% опрошенных – 3, у 19,4% – 2, 14% планируют родить более 4 детей. 37% студентов ИГМА планируют родить 2 детей, 26% – 1 ребенка, 22% – ожидают 3 и 15% – более 3 детей. Среднее планируемое количество детей в семьях студентов ИГМА – 2,3 ребенка, в семьях таджикских студентов – 3,5. Идеальным же количеством 35% таджикских респондентов считают 3 ребенка в семье, 30% и 28,1% опрошенных – 4 и 2 соответственно. Среди ижевских респондентов 39% идеальным количеством считают 2 детей в семье, 25% – 3 детей, 19% – 1 ребенка и 17% более 3 детей.

Основными факторами, влияющими на рождаемость, по словам студентов, являются социально-экономические и семейные традиции.

Вывод. Студенты-медики не ориентированы на многодетную семью. Ожидаемое число детей у ижевских респондентов ниже (1–2 ребенка) идеального числа (2–3 ребенка в семье). Ожидаемое число детей в семье таджикских студентов-медиков 3–4. Наибольшее количество респондентов идеальным числом детей в семье считают 3.

Список литературы

1. **Попов, А.В.** Изучение установок репродуктивного поведения студентов русской и удмуртской национальностей / А.В. Попов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2008. – № 1. – С. 26–27.
2. **Попов, А.В.** Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского вуза: автореф. дис. ... на соиск. уч. ст. канд. мед. наук / А.В. Попов. – Москва, 2008. – 25 с.
3. **Попова, Н.М.** Рождаемость в городской и сельской местностях Удмуртской Республики и ее прогноз / Н.М. Попова, Н.Н. Ежова // Материалы международной научно-практической конференции «Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации», 28–29 сентября 2011 года. – Из-во: ГОУ ВПО ИГМА. – Ижевск, 2011. – С. 124–126.
4. **Попова, Н.М.** Характеристика рождаемости на территориях Приволжского федерального округа / Н.М. Попова, Д.А. Толмачев // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 4. – С. 20–22.
5. Улучшение медицинской функции современной семьи как основа повышения здоровья населения / Л.Ф. Молчанова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2007. – № 1. – С. 9–12.

УДК 340.628(470.53)

А. А. Мchedlishvili, А. А. Березин, Г. И. Девяткова

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФДПО

ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

Мchedlishvili Александр Альбертович – аспирант кафедры; **Березин Алексей Александрович** – аспирант кафедры; **Девяткова Галина Ивановна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Пермь, ул. Петропавловская, 28. тел +7 (922)-2402000, e-mail: gidev@mail.ru

Изучены основные показатели смертности среди населения Пермского края и выявлено, что в структуре смертности значительную долю занимает группа внешних причин, в которую входят самоубийства, травмы и отравления.

Ключевые слова: смертность; Пермский край; самоубийства; травматизм

А. А. Mchedlishvili, А. А. Berezin, G. I. Devyatкова

Perm State Medical University named after academician E. A. Vagner, Perm region
Department of Public Health and Health Care Service

RECORDS OF MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES AMONG THE POPULATION OF PERM REGION

Mchedlishvili Aleksandr Albertovich – postgraduate student; **Berezin Aleksey Aleksandrovich** – postgraduate student; **Devyatкова Galina Ivanovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 28 Petropavlovskaya st., Perm, tel.: +7 (922)-2402000, e-mail: gidev@mail.ru

We studied the main mortality rates among the population of Perm region and found that a significant proportion of the mortality structure is occupied by a group of external causes, including suicide, injuries and poisoning.

Key words: mortality rate; Perm region; suicides; injuries

Смертность – один из демографических показателей, характеризующих состояние воспроизводства населения – выступает обобщающим индикатором качества жизни не случайно, пос-

кольку интенсивность вымирания населения отражает как уровень развития общества (научно-технический прогресс, экономические, социальные и политические изменения), так

и последствия кризисных периодов развития общества.

Цель исследования: охарактеризовать уровень, основные причины смертности населения Пермского края за период 2012–2016 гг.

Материал и методы исследования. Были проанализированы данные официальной статистики, опубликованные в различных российских и краевых сборниках, а также на электронных ресурсах Пермьстата.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании показателей смертности за последние 5 лет среди населения Пермского края была установлена сохраняющаяся тенденция основных причин смерти. Лидирующее положение из года в год стабильно сохраняет смертность от патологии системы кровообращения (50,1%), второе место занимают онкологические заболевания (14,2%) и на третьем месте находится смертность от травм и отравлений – от внешних причин (10,7%) [3].

Среди трудоспособного населения Пермского края ситуация обстоит несколько иначе. Лидирующее положение среди причин смерти всё также занимает патология сердечно-сосудистой системы (30,3%), на втором месте находится смертность от внешних причин (27,7%), онкологическая патология занимает третье место (12,2%). В свою очередь, среди показателей смертности от внешних причин стабильно среди всего населения Пермского края во все исследуемые годы преобладают самоубийства.

Частота самоубийств по стране в целом за исследованный период находилась на среднем уровне, в 2012 г. она равнялась 20,8 случая на 100 тыс. населения; в 2013 г. – 20,1; в 2014 г. – 18,5. В 2015 г. уровень самоубийств составил 17,1 случая на 100 тыс. населения. В настоящий момент данный показатель ниже уровня 1962 г., составлявшего 17,4 случая на 100 тыс. населения, но пока выше уровня 1960 и 1961 гг. (16,1 случая) [2].

Несмотря на то, что в течение последних пяти лет наблюдается тенденция к снижению числа суицидов в среднем на 4,3% в год, на территории Пермского края уровень смертности от самоубийств по-прежнему сохраняется на высоком уровне, превышая общероссийские показатели более чем в полтора раза. В 2012 г. он равнялся 37,2 случая на 100 тыс. населения; в 2013 г. – 35,9; в 2014 г. – 34,7. По состоянию на 2015 г. он состав-

лял 33,6 случая на 100 тыс. населения, а в 2016 г. уровень самоубийств снизился до 31,2 случая [4]. В рейтинге среди других регионов России по данному показателю Пермский край находится на 12-м месте.

При сравнении частоты самоубийств по половому составу можно выявить преобладание женского суицида. В среднем женщины оканчивают жизнь самоубийством на 16% чаще мужчин [1].

При анализе детской смертности наблюдаются различия распространенности её основных причин. Ситуация различна также и в зависимости от возраста детей. Среди возрастной группы 0–14 лет преобладающей патологией являются болезни перинатального периода (в 2015 г. 22,3 случая на 100 тыс. населения), затем следует гибель от внешних причин и от врожденных аномалий (15,6 и 14,4 соответственно). В позднем подростковом периоде лидирующее положение занимает смертность от внешних причин – 42,5 случая на 100 тыс. населения в 2015 г. Затем идут болезни нервной системы и патология системы кровообращения (9,0 и 5,2 на 100 тыс. населения соответственно). В структуре смертности от внешних причин самоубийства преобладают у старших детей – 16,8 случая на 100 тыс. населения. Среди детей до 14 лет самоубийства существенно уступают транспортному травматизму (1,0 и 3,1 случая на 100 тыс. населения соответственно) [5].

Вывод. Установлены динамика распространенности самоубийств в Пермском крае за период 2012–2016 гг., определено место смертности от самоубийств среди населения в целом и среди различных возрастных групп.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2015: стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 263 с.
2. Российский статистический ежегодник. 2016: стат. сб. / Росстат. – М., 2016. – 725 с.
3. Социально-экономическое положение Пермского края в январе-августе 2017 года: доклад / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю (Пермьстат). – Пермь, 2017.
4. Статистический ежегодник Пермского края. 2016: стат. сб. / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю (Пермьстат). – Пермь, 2016. – 410 с.
5. Смертность по основным классам причин смерти [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://permstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/permstat/resources/1d3eb7004c8a6663bce3bf915ce0328a/03.html

УДК: [616.12-053.8:312.2]

М. Я. Подлужная, Е. А. Воронова, К. А. Смирнова

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения дополнительного профессионального образования

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Подлужная Мария Яковлевна — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; г Пермь, ул. Петропавловская, 28, тел.: 7(342)212-09-85; Воронова Елена Александровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; Смирнова Ксения Александровна — студент

Дан анализ показателей смертности трудоспособного населения Пермского края в сравнении с Российской Федерацией за 2011–2015 годы, выделены возрастные и гендерные различия, особенности по причинам смерти. Детально проанализированы показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и представлен комплекс программных мер по их снижению и совершенствованию кардиологической медицинской помощи с целью предотвратимости естественных потерь от указанной патологии

Ключевые слова: преждевременная смертность; сердечно-сосудистые заболевания; предотвратимость

M.Ya. Podluzhnaya, E. A. Voronova, K. A. Smirnova

Perm State Medical University named after academician E. A. Vagner, Perm region
Department of Public Health and Health Care Service

ANALYSIS OF THE INDICES OF THE MORTALITY RATE OF ABLE-BODIED POPULATION IN PERM REGION

Podluzhnaya Maria Yakovlevna — Doctor of Medical Sciences, Professor; 28 Petropavlovskaya st., Perm, tel.: 7(342)212-09-85; Voronova Elena Aleksandrovna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Smirnova Ksenia Aleksandrovna — student

The paper analyzes the mortality rate of able-bodied population of Perm Region in comparison with the Russian Federation in 2011–2015. Age and gender differences and peculiarities of the causes of deaths are identified. The indices of death rate for cardiovascular diseases are analyzed in detail. In order to prevent population losses due to this pathology the complex of program measures to decrease cardiovascular diseases and improve cardiological medical care is presented.

Key words: premature mortality; cardiovascular diseases; prevention

Состояние здоровья населения и улучшение его относятся к числу важнейших критериев в оценке эффективности социально-экономического развития общества. Несмотря на многочисленные показатели, применяемые в оценке уровня здоровья населения, по-прежнему в центре внимания остается смертность и производные от неё критерии. К ним относятся, прежде всего, младенческая смертность и преждевременная, т. е. смертность лиц в трудоспособном возрасте. Эти показатели отражаются на формировании такого интегрального показателя, как средняя продолжительность предстоящей жизни людей [5].

В последние годы произошло снижение младенческой смертности в России и отдельных её регионах, в т. ч. и в Пермском крае, уровень её уменьшился с 7,4 в 2011 году до 5,7 на 1000 живорожденных в 2015 году. При этом показатели ниже в среднем на 12–13 % по сравнению с Российской Федерацией. Вместе с тем не наблюдаются положительных сдвигов в преждевременной смертности.

Цель исследования: дать анализ и оценку смертности трудоспособного населения Пермского края от ведущих причин.

Материалы и методы исследования. По данным официальных статистических материалов проведен расчет показателей смертности (структурных и интенсивных) трудоспособного населения Пермского края за 2011–2015 гг., даны сравнительный анализ с РФ и оценка с целью их предотвратимости.

Результаты исследования и их обсуждения. При детальном рассмотрении демографической ситуации и процессов смертности населения следует прежде всего обратить внимание на контингент граждан и причины, формирующие и способствующие активному росту смертности [3]. Проведенный анализ смертности всего населения Пермского края указывает на то, что трудоспособная её часть вносит наибольший вклад в формирование общего показателя естественной убыли населения, доля его составляет более 30%. Причем в последние годы наблюдается неуклонный рост этого показателя. Если смертность детей

в возрасте 0–14 лет снизилась, среди подростков возросла в среднем на 6–7%, среди лиц старше 60 лет – на 15–17%, то у лиц трудоспособного возраста она возросла более чем в полтора раза. Это характерно не только для Пермского региона, но и в целом для Российской Федерации (табл. 1)

В таблице показано, что уровень смертности как всего, так и трудоспособного населения в Пермском крае несколько выше по сравнению с Российской Федерацией.

При этом сформировавшаяся тенденция на протяжении последних лет не изменяется. Так, смертность в возрасте 25–29 лет увеличилась в два раза, в группе 30–34 года – в три раза. При этом коэффициент смертности среди мужчин в трудоспособном возрастном периоде в 3–4 раза выше по сравнению с теми же показателями среди женского населения. Ежегодные потери вследствие преждевременной смертности в масштабах России составляют более 300 тысяч человек [3].

Превышение в несколько раз уровней смертности у мужчин этой группы по сравнению с женщинами получило название мужской сверхсмертности [1]. Это явление естественно приводит к потере трудового и экономического потенциала, измеряемого в человеко-годах несостоявшейся трудовой деятельности. Так, в Пермском крае в последние годы в результате преждевременной смертности было потеряно 142,7 тыс. человеко-лет трудовой деятельности, а размер упущенной выгоды, экономических потерь в производстве составил 1585,5 млн рублей [6].

Фактически в регионе формируется тенденция убыли трудового населения. За период с 1995 по 2015 год сокращение произошло более чем на 11%, что неблагоприятно может отразиться не только на демографических процессах в регионе, но и повлечет за собой серьезные социально-экономические и медицинские проблемы.

Таблица 1. Смертность всего населения и трудоспособной части в Российской Федерации, Пермском крае за 2011–2015 гг. (на 1000 населения)

Годы	РФ		Пермский край	
	Все население	Трудоспособное	Все население	Трудоспособное
2011	13,5	5,9	14,7	7,1
2012	13,5	5,7	14,2	6,7
2013	13,0	5,6	14,0	6,6
2014	13,1	5,6	14,0	6,6
2015	13,1	5,4	14,2	6,5

Анализ причин смертности трудоспособных контингентов показал, что в Пермском крае имеются особенности. Если в масштабах РФ ведущими причинами являются внешние, несчастные случаи, отравления и травмы, то в Пермском регионе уже на протяжении последних пяти лет – сердечно-сосудистые заболевания (табл. 2).

На указанные классы заболеваний приходится более 95% от числа умерших в трудоспособном периоде от всех причин. Вместе с тем сложившаяся тенденция сохраняется, на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания. Они составляют более одной трети от всех причин. При этом доля несчастных случаев, отравлений и травм в 2014–2015 гг. стала несколько меньше по сравнению с предыдущими тремя годами, а удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний держится фактически на одних и тех же уровнях – 31,7% – 33,3%.

Частота естественной убыли трудоспособных лиц от сердечно-сосудистых заболеваний в Пермском крае колеблется от 236,9 на 100 тысяч соответствующего возраста в 2011 г. до 210,8 – в 2015 г. При этом показатели выше среднероссийских данных в среднем на 20%.

В 2015 г. произошло снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 11%, в том числе от острого инфаркта миокарда на 8%, от острых нарушений мозгового кровообращения – на 6%. Этому способствовал разработанный и реализуемый комплекс мер по борьбе и профилактике данной тяжелой патологии, по совершенствованию оказания медицинской помощи. Активно проводится диспансеризация трудоспособного населения, выявляемость болезней органов кровообращения составляет 24%.

Таблица 2. Структура смертности трудоспособного населения Пермского края за 2011–2015 гг. (в %)

Наименование заболеваний	Годы				
	2011	2012	2013	2014	2015
Болезни органов кровообращения	33,3	32,5	31,2	32,3	31,7
Внешние причины	31,5	32,4	32,1	30,2	28,5
Злокачественные новообразования	11,2	11,4	11,8	11,8	12,0
Инфекционные и паразитарные болезни	5,6	6,1	6,5	7,3	9,1
Болезни органов пищеварения	8,2	8,9	8,9	9,7	10,7
Болезни органов дыхания	6,0	5,1	5,2	4,7	3,2

В Пермском крае создана и функционирует трехуровневая система оказания кардиологической медицинской помощи. Имеется Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова, краевой Институт сердца, создано 15 медицинских организаций (поликлинические сосудистые отделения и районные сосудистые центры), развернуты 495 кардиологических коек, работает около 200 специалистов-кардиологов. Кардиологическая помощь оказывается по единым разработанным алгоритмам с четкой схемой маршрутизации больных, широко используется тромболитическая терапия, повысился уровень госпитализации больных инфарктами и инсультами в специализированные отделения с 27% до 78%.

С 2014 г. в Пермском крае развивается система ЭКГ-телеметрии, создано 3 соответствующих центра, в 2015 году открыт на базе Пермского института сердца центр для передачи телемедицинских консультаций и видео-конференции на территории Края и Российской Федерации. Врачи из Пермских медицинских организаций могут регулярно консультироваться со специалистами не только Пермского института сердца, но и федеральных центров кардиологического профиля г. Москвы [2].

Вывод. Изложенные материалы по динамике показателей смертности лиц трудоспособного возраста, в том числе от ведущей причины – сердечно-сосудистых заболеваний, представляют ценные дополнительные данные для оценки сложившейся ситуации как в целом по смертности всего населения, так и демографической обстановки на уровне региона. Это, несомненно, имеет важнейшее практическое значение, позволяет

концентрировать на приоритетных направлениях ресурсно-финансовое обеспечение и направлять управленческие усилия на оздоровление населения в региональных программах. Подобная тактика действий получила одобрение ВОЗ при принятии и реализации общепризнанных, международных и национальных проектов. Кроме того, анализ преждевременной смертности населения на уровне субъектов Российской Федерации, включение её показателей в ежегодно публикуемые статистические материалы «Медико-демографические показатели Российской Федерации», размещение их на официальных сайтах дает возможность не только проводить сравнительные оценки по федеральным округам, но и использовать накопленный опыт работы в достижении поставленных целей и задач по их улучшению.

Список литературы

1. **Иванов, Е.И.** Смертность российских мужчин (причины и региональные различия) / Е.И. Иванов // Социологические исследования. – 2010. – № 5. – С. 87–99.
2. **Ковтун, О.П.** Развитие здравоохранения Пермского края / О.П. Ковтун // Ремедиум. – 2015. – № 8 (138). – С. 10–13.
3. **Комаров, Ю.М.** Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю.М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 20–26.
4. **Комаров, Ю.М.** Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь / Ю.М. Комаров. – М., 2017. – 292 с.
5. **Королев, О.П.** Заболеваемость, смертность и потери трудового потенциала от преждевременной смертности населения Московской области и Российской Федерации / О.П. Королев // Научные труды Всероссийской научно-практической конференции «Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерии потери здоровья населения». – М., 2006. – С. 51–56.
6. **Подлужная, М.Я.** Экономическая оценка потерь трудового потенциала вследствие инвалидности населения на региональном уровне / М.Я. Подлужная, Ю.А. Мавликаева // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 7. – С. 23–26.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 616-073.582-985.1

С. Х. Лапасов¹, Ш. А. Хусинова¹, Л. Р. Хакимова¹, Н. А. Максудова²

¹Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра общей практики факультета последипломного образования

²Самаркандский государственный университет, Республика Узбекистан
Кафедра безопасности жизнедеятельности

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Лапасов Саъдулла Хидирович — ассистент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, 18, тел.: +998915344706; e-mail: lsgp1972@mail.ru; Хусинова Шоира Акбаровна — заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; Хакимова Лейла Рафиковна — ассистент кафедры; Максудова Нигора Абдуллаевна — преподаватель кафедры

Обзор литературы посвящён современным методам диагностики, лечения и профилактики инфекций мочевых путей у небеременных женщин в условиях первичного звена медицинской помощи. Особое внимание уделено методам диагностики и лечения острых неосложнённых циститов, пиелонефритов и бессимптомной бактериурии, основанных на доказательной медицине.

Ключевые слова: инфекции мочевых путей; диагностика; небеременные женщины; лечение

S.Kh. Lapasov¹, Sh. A. Khusinova¹, L. R. Khakimova¹, N. A. Maksudova²

¹Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of General Practice of the Faculty of Postgraduate Medical Education

²Samarkand State University, Republic of Uzbekistan
Department of Safety Life Style

DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS IN NONPREGNANT WOMEN IN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM (LITERATURE REVIEW)

Lapasov Sadulla Khidirovich — Lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998915344706; e-mail: lsgp1972@mail.ru; Khusinova Shoira Akbarovna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; Khakimova Leyla Rafikovna — Lecturer; Maksudova Nigora Abdullaevna — Lecturer

This literature review is devoted to modern methods of diagnostics, treatment and prevention of urinary tract infections in nonpregnant women in primary health care system. Special attention is paid to the methods of diagnostics and treatment of acute uncomplicated cystitis, pyelonephritis and asymptomatic bacteriuria derived from evidence-based medicine.

Key words: urinary tract infections; diagnostics; nonpregnant women; treatment

Инфекции мочевых путей (ИМП) относят к самым распространенным инфекционным заболеваниям, которые представляют собой серьезную проблему, в частности, по частоте обращаемости к врачу, необоснованных назначений антибиотиков и бактериологического исследования мочи [4, 10, 22, 26]. Высокая распространенность ИМП определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этих заболеваний для населения большинства стран

мира. Согласно данным исследований в США, ежегодно выявляется более 7 млн случаев ИМП в амбулаторной практике, из них более 2 млн обусловлены циститом, а 100 тыс. пациентов в год госпитализируются преимущественно по поводу пиелонефрита [5, 11, 30]. ИМП чаще встречается у женщин, чем у мужчин, при этом у 50% взрослых женщин имеется риск развития ИМП в течение жизни [3, 7, 19]. ИМП нередко наблюдается у молодых женщин в возрасте

от 18 до 29 лет. В течение последующих 6–12 месяцев после первого эпизода ИМП у 25–40% из них развивается рецидивирующая неосложненная ИМП [13, 14, 39, 45]. Результаты исследований в ряде стран свидетельствуют о том, что в возрасте 18–20 лет около 20% женщин имели в анамнезе, по крайней мере, один эпизод ИМП, а в более старших возрастных группах отмечен рост заболеваемости [6, 16, 24, 42].

ИМП является актуальной проблемой и системы здравоохранения Узбекистана. Ввиду отсутствия единого стандарта лечения ИМП и достоверных критериев для направления мочи на бактериологический посев, существуют различия в ведении пациентов в разных медицинских учреждениях. Кроме того, нерациональное назначение антибиотиков ведёт к росту резистентности основных уropатогенов ко многим антимикробным препаратам, что затрудняет выбор эффективного метода лечения ИМП [8, 15, 20, 43].

Классификация инфекций мочевых путей у взрослых. Инфекции мочевых путей классифицируют согласно преобладающим классическим симптомам и на основании анатомического уровня поражения, степени тяжести инфекции, сопутствующих факторов риска и лабораторных данных исследования мочи. Выделяют острый и рецидивирующий циститы, острый и хронический пиелонефриты, и эти же нозологические формы дополняют характеристикой – осложненные и неосложненные [7, 12, 31, 38, 49].

1. Неосложненные ИМП (цистит).
2. Неосложненный пиелонефрит.
3. Осложненные ИМП с или без пиелонефрита.
4. Инфекции мужских половых органов: простатит.

Пациенты с неосложненным ИМП могут наблюдаться врачом общей практики, терапевтом, акушером-гинекологом, а осложненные ИМП требуют консультации специалиста-уролога, нефролога и других. Обследование и лечение пациентов с осложненными ИМП более специализированное, часто пациенты нуждаются в госпитализации [25, 34].

Диагностика инфекций мочевых путей. При постановке диагноза ИМП в первую очередь необходимо учитывать основные клинические проявления и симптомы, анамнез заболевания, физикальное обследование пациента и результаты лабораторных анализов и в отдельных случаях доказательства наличия микроорганизмов

с помощью бактериологического исследования мочи. Исследования последних лет показали, что женщинам при неосложненных ИМП не целесообразно рутинно проводить микробиологическую диагностику и лабораторный контроль излечения, поскольку выделение и идентификация возбудителя обычно занимает не менее 48 ч, а к этому времени значение результата анализа для выбора терапии и влияние самой антимикробной терапии на течение заболевания заметно снижаются, кроме того сам тест не всегда доступен на уровне первичного звена медико-санитарной помощи. При макроскопическом исследовании мутный цвет мочи указывает на воспалительный характер заболевания, и поэтому можно предположить наличие ИМП [12, 18, 20, 37].

Бактериурия не всегда является абсолютным показателем назначения антибиотиков, если нет убедительных доказательств в пользу благоприятного исхода, особенно у пожилых пациентов с бессимптомной бактериурией, где от антибиотиков больше вреда для здоровья, в отличие от бактериурии у беременных, где доказана эффективность лечения антибиотиками, несмотря на их побочное действие. При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать спектр антимикробной чувствительности, степень резистентности в регионе, безопасность, стоимость и наличие результатов достоверных исследований, доказывающих его эффективность [3, 10, 22, 39].

Микробиология и лабораторная диагностика. Согласно данным исследований, наиболее частым этиологическим фактором развития инфекций мочевой системы является кишечная палочка (*Echerichiae coli*), что составляет 75–95% среди всех уropатогенов, а 5–10% случаев – *Staphylococcus saprophyticus*, более редко выделяются другие энтеробактерии, такие как *Proteus mirabilis* и *Klebsiella spp.* [7, 18, 20, 49]. Для диагностики ИМП рекомендуется проводить общий анализ мочи, определить количество бактерий, лейкоцитов, эритроцитов и солей в моче.

Наиболее достоверным методом, «золотым стандартом» диагностики ИМП, является бактериологический посев мочи, взятой путём надлобковой пункции [7, 9, 12]. Следует отметить, что на сегодняшний день нет значимого показателя бактериурии, который бы оценивался как «золотой стандарт» для постановки диагноза ИМП [12, 43, 50]. Существуют общепринятые

критерии клинически значимых показателей бактериурии. Некоторые клинические проявления ИМП (озноб, полиурия) не являются специфичными, поэтому для повышения достоверности клинического диагноза должны подтверждаться бактериальным посевом мочи. Клинические показатели бактериурии у взрослых вычисляются в колониеобразующих единицах (КОЕ) уропатогена/мл в средней порции мочи (СПМ).

Клинически значимыми показателями бактериурии у взрослых являются: 10^3 КОЕ уропатогена/мл в СПМ при остром неосложненном цистите у женщин; 10^4 КОЕ уропатогена/мл в СПМ при остром неосложненном пиелонефрите у женщин; 10^5 КОЕ уропатогена/мл в СПМ у женщин или $\geq 10^4$ КОЕ уропатогена/мл в СПМ у мужчин или в моче у женщин, полученной с помощью катетера, при осложненной ИМП.

Обнаружение более 10 лейкоцитов в 1 мкл мочи свидетельствует о воспалении, а наличие уропатогенов в концентрации более 10^3 КОЕ в 1 мл считается клинически значимой бактериурией при цистите. У пациентов с ИМП бактериурия диагностируется на основании данных бактериологического исследования мочи [7, 12, 17, 21, 26]. Для бактериологического исследования забирают среднюю порцию мочи во время обычного мочеиспускания, собранной с соблюдением условий, которые сводят к минимуму возможность бактериального загрязнения пробы. Специфичность теста примерно 80%, по сравнению с «золотым стандартом». В особых случаях возможно полу-

чение мочи путем катетеризации мочевого пузыря или надлобковой пункции [29, 37, 39, 42].

Неосложнённые инфекции мочевых путей у женщин. О неосложнённых ИМП говорят в том случае, когда у женщин отсутствуют анатомические и функциональные изменения мочевых путей, признаки нарушения оттока мочи из почек или мочевого пузыря и структурные изменения в мочевыводящих путях и серьезные сопутствующие заболевания, которые могут привести к более тяжелому исходу [10, 14, 35, 43]. К неосложненным инфекциям ИМП относят острый и рецидивирующий цистит у женщин и острый пиелонефрит.

Острый неосложненный цистит у небеременных женщин. Диагностика. Диагноз острого неосложнённого цистита устанавливают на основании классических клинических симптомов – дизурия, частое мочеиспускание, болезненность в надлобковой области при пальпации, императивные позывы мочеиспускания, иногда у женщин с острым циститом наблюдается микрогематурия, которая не является признаком осложненной инфекции [12, 18, 39, 50]. При этом необходимо провести обследование на наличие инфекций, передающихся половым путём (ИППП), гинекологический осмотр и мазок на флору. Остро возникшая дизурия у женщин требует исключения острого уретрита, вызванного *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, или вирусом простого герпеса; или вагинита, вызванного *Candida spp.* или *Trichomonas vaginalis*.

Диагностические критерии ИМП у взрослых (общепринятые согласно рекомендациям IDSA/ESCMID) [7, 11, 18, 22, 35].

Категория	Клинические проявления	Лабораторные параметры
1. Острые неосложненные ИМП у женщин; острый неосложненный цистит у женщин	Дизурия, императивные позывы, частое мочеиспускание, боль в надлобковой области; не было вышеперечисленных мочевых симптомов в течение 4 недель до этого эпизода	>10 лейкоцитов/мкл ≥ 103 КОЕ/мл
2. Острый неосложненный пиелонефрит	Лихорадка, озноб, боль в поясничной области; другие диагнозы исключены; в анамнезе нет клинических признаков урологических нарушений (по данным УЗИ, рентгенографии)	≥ 10 лейкоцитов/мкл ≥ 104 КОЕ/мл
3. Осложненные ИМП	Любая комбинация симптомов 1 категории и 2 категории; наличие одного фактора и более, осложненных ИМП	≥ 10 лейкоцитов/мкл ≥ 105 КОЕ/мл у женщин; 104 КОЕ/мл у мужчин или в моче, взятой катетером у женщин
4. Бессимптомная бактериурия	Симптомы со стороны мочевых путей отсутствуют	≥ 10 лейкоцитов/мкл ≥ 105 КОЕ/мл в 2 последовательных образцах мочи, взятых с интервалом более 24 часов
5. Рецидивирующие ИМП (антибиотикопрофилактика)	Как минимум 3 эпизода подтверждённой микробиологически неосложненной инфекции за последние 12 месяцев: только у женщин; отсутствие структурных/функциональных нарушений	≤ 103 КОЕ/мл

При подтверждении ИППП бактериурия может быть исключена. Женщинам с выделениями и зудом во влагалище рекомендуется гинекологический осмотр и взятие мазка на флору [7, 12, 14, 29, 46].

По данным исследований, вероятность бактериурии возрастает до 90 % при наличии более ≥ 2 симптомов ИМП: дизурия и частые мочеиспускания, где показано эмпирическое назначение антибиотиков [11, 12, 14, 28, 21]. Назначение бактериологического посева мочи и определение чувствительности к антибиотикам у женщин с первым эпизодом острого цистита не целесообразно [7, 8, 9, 12, 47]. В условиях семейной врачебной практики (СВП) наиболее доступным методом является общий анализ мочи, микроскопия (> 10 лейкоцитов/мм³). Однако, если клиническое улучшение не наступает в течение 48 часов, или в случае рецидива ИМП, рекомендуется проведение бактериологического посева мочи [7, 12, 15, 37, 38]. Проведение общего анализа крови не рекомендуется, поскольку, клиническая значимость найденных изменений незначительна. На основании бактериурии свыше $>10^3$ КОЕ уропатогена/мл в средней порции мочи можно предположить диагноз острый неосложненный цистит у женщин [7, 9, 17, 20].

Лечение. Адекватная и своевременно начатая антимикробная терапия у пациентов с неосложненной ИМП приводит к более быстрому регрессу симптомов заболевания, кроме того является мерой профилактики поражения верхних отделов мочевыводящих путей. Женщинам с симптомами цистита, уретрита выбор антибиотиков проводится эмпирически. При неосложненных ИМП достаточным является 3–5-дневный антибактериальный курс лечения одним из антибиотиков: Фосфомицина трометамол 3 г однократно, Нитрофурантоин – 100 мг 2 раз в день в течение 5 дней; Триметоприм-Сульфаметаксазол – 160/800 мг 2 раза в день в течение 3 дней; Триметоприм (TMP) – 200 мг 2 раза в день в течение 5 дней. Все указанные препараты в амбулаторных условиях назначают внутрь [7, 8, 12, 15, 30]. Нет доказательств, свидетельствующих о приёме анальгетиков для купирования симптомов при неосложнённых ИМП [12]. У практически здоровых женщин с 2 и более симптомами ИМП рекомендуется эмпирическое назначение антибиотиков [7, 8, 11, 14, 20, 37]. Небеременным женщинам при остром неосложненном цисти-

те рекомендована антибактериальная терапия: Фосфомицина трометамол, Нитрофурантоин, Триметоприм-Сульфаметаксазол и Триметоприм [4, 7, 8, 9, 12, 17, 42].

Наблюдение. После окончания терапии и отсутствия симптомов заболевания нет необходимости проводить повторное исследование мочи [7, 8, 12, 14, 38, 45]. В случае, если симптомы заболевания сохраняются свыше трёх дней на фоне адекватной антибактериальной терапии, или если наблюдается рецидив инфекции в течение двух недель после окончания терапии, необходимо проведение бактериологического исследования мочи и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам, а также необходим повторный недельный курс терапии другим антибиотиком с учетом данных чувствительности [3, 8, 15, 35, 45].

Рецидивирующий цистит у небеременных женщин. **Диагностика.** Для неосложнённых ИМП характерно рецидивирование, которое, как правило, в 90 % случаев связано с reinфекцией. Рецидивирующая неосложненная ИМП определяется как три и более эпизодов острой инфекции в последние 12 месяцев [16]. Установлено, что у 27 % молодых женщин рецидив развивается в течение 6 месяцев после первого эпизода цистита, при этом у 50 % больных рецидивы отмечаются более 3 раз в год [5, 10, 20]. Факторами риска рецидива ИМП являются анатомо-физиологические особенности женского организма, сопутствующие заболевания, гормональные нарушения, частые половые акты, особенности применяемых контрацептивов, а также проведение без достаточных показаний катетеризации мочевого пузыря. Кроме того, необоснованная и нерациональная антибактериальная терапия приводит к возникновению резистентных штаммов [9, 29, 39, 48].

В план обследования пациентов с рецидивирующим циститом входит тщательно собранный анамнез, общий анализ мочи, бактериальный посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, обследование на наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевой и половой системы в районном медицинском объединении (РМО). При уретрите, вызванном ИППП, рекомендуется обследование и лечение обоих половых партнёров. Необходимо проводить дифференциальную диагностику хрони-

ческого цистита с заболеваниями, имеющими сходную клиническую симптоматику. Это рак и туберкулез мочевого пузыря. Важным фактором является своевременное выявление заболевания, в случаях, если у женщины макрогематурия при отсутствии болей, симптомы ИМП при негативном бактериологическом посеве, и, несмотря на проведенное лечение, гематурия сохраняется, возраст старше 40 лет, рецидивирующая или персистентная ИМП в сочетании с гематурией, возраст старше 50 лет и невыясненной этиологии микрогематурия, при пальпации живота определяется опухоль [4, 7, 9, 30].

Пациентов с подозрением на рак и туберкулез (ТБ) направить на консультацию к специалисту в областную консультативную поликлинику или специализированный центр урологии для проведения цистоскопии или рентгенографии. Небеременным женщинам с рецидивирующим циститом рекомендуется бактериологический посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам [7, 8, 9, 17, 28, 39].

Лечение. Рекомендуется курс антибактериальной терапии, направленный на эрадикацию возбудителя, с последующим контролем. Пациентам с часто рецидивирующими ИМП должна быть предложена профилактическая терапия. Имеется достаточно доказательств, что разумное использование профилактики может снижать общий уровень потребления антибиотиков [5, 7, 14, 30, 34, 46].

Существует несколько основных вариантов профилактической антибактериальной терапии ИМП [7, 8, 35, 49].

1. Рекомендуется продолжительный профилактический прием низких доз одного из фторхинолонов: Норфлоксацин 200 мг или Ципрофлоксацин 125 мг – 1 раз в день; Нитрофурантоин 50–100 мг; Ко-тримоксазол 240 мг – 1 раз в день в течение 3 месяцев (только после подтверждения чувствительности).

2. У молодых женщин с рецидивами ИМП, связанных с половым актом, рекомендуется приём одного из антибиотиков после коитуса: Норфлоксацин 200 мг, Офлоксацин 100 мг, Ципрофлоксацин 125 мг – 1 раз в день.

3. Пациентам с редкими рецидивами ИМП, не имеющим возможности обратиться к врачу, рекомендуется самостоятельный приём антибиотика, что считается безопасным, эффективным и экономичным методом терапии ИМП [7, 9, 12, 33].

4. Рекомендуется строгое соблюдение показаний к проведению инвазивных урологических манипуляций и обязательная антибиотикопрофилактика перед проведением инвазивных урологических вмешательств.

5. С целью стимуляции иммунных механизмов пациента и профилактики инфекций мочевых путей рекомендуется препарат Уро-Ваксом с клинически доказанным эффектом.

Наблюдение и профилактика. Для подтверждения элиминации возбудителя ВОП планируют бактериологическое исследование мочи через 1–2 недели после приёма препарата. Бактериологическое исследование необходимо для выявления флоры и дифференциации рецидива ранее выявленного штамма или реинфекции, обусловленной новым микроорганизмом. Необходимо отметить, что профилактическую терапию не нужно начинать пациентам с рецидивирующими ИМП, пока не подтвердится отрицательный результат бактериологического посева через 1–2 недели лечения. В связи с высоким риском осложнений, женщинам в постменопаузе не рекомендуется назначение эстрогенов (вагинально) с профилактической целью [12, 45, 46, 50]. Рекомендуется информировать пациентов о существующих факторах риска рецидива ИМП (смена использования контрацептивов – диафрагм или спермицидов), о соблюдении гигиены.

Острый неосложнённый пиелонефрит у небеременных женщин. **Диагностика.** В алгоритм ведения пациентов включают анализ жалоб и анамнез, физикальный осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация) и лабораторное обследование. Основные симптомы для диагностики острого пиелонефрита следующие: температура тела 38 °C и выше, боль в поясничной области, чаще с одной стороны, нередко наблюдается озноб, возможна тошнота. Следует учесть, что пиелонефрит может протекать без дизурии [1, 4, 7, 17, 25].

В начале заболевания преобладают местные симптомы острого пиелонефрита, далее присоединяются общие симптомы инфекционного процесса, сопровождающиеся повышением температуры тела, головной болью, ломотой в теле, тошнотой, иногда рвотой, с последующим обильным потоотделением и слабостью, боли в поясничной области обычно локализуются в области пораженной почки, с иррадиацией болей в верхнюю часть живота, иногда боль определяется по ходу мочеточника. При пальпации

на пораженной стороне отмечаются болезненность, напряжение мышц живота [5,6,16,25,37].

Для диагностики рекомендуется проведение анализа мочи с определением количества лейкоцитов, эритроцитов и солей, следует исключить сопутствующие заболевания (сахарный диабет и иммуносупрессивные состояния). На основании анамнеза, клинических симптомов и результатов бактериологического посева мочи (бактериурии $>10^4$ КОЕ уропатогена/мл в средней порции мочи) можно предположить диагноз острый неосложненный пиелонефрит [7, 9, 12,28]. Рекомендуется консультация уролога для обследования в районной многопрофильной поликлинике. Для исключения обструкции мочевых путей, мочекаменной болезни следует провести УЗИ или экскреторную урографию (ЭУ). Согласно результатам исследований, УЗИ – менее точный метод выявления пиелонефрита по сравнению с компьютерной томографией (КТ) [27, 34, 43]. Если у пациента на фоне лечения температура сохраняется более 72 часов рекомендуется КТ. У женщин с такими симптомами как: боль в поясничной области, озноб, лихорадка рекомендуется бактериологический посев мочи. На основании клинических симптомов: боль в поясничной области, лихорадка, озноб и бактериурия $\geq 10^4$ КОЕ уропатогена/мл в средней порции мочи можно предположить диагноз острый неосложненный пиелонефрит [7, 10].

Лечение. Женщинам с острым неосложненным пиелонефритом при легкой степени выраженности симптомов и доступности наблюдения возможно проведение амбулаторного лечения соответствующими антибиотиками. Рекомендуется подбирать антибиотик, который способен накапливаться в необходимой концентрации, как в моче, так и в почечной паренхиме. Исследования доказали, что пациентам с острым неосложненным пиелонефритом Ципрофлоксацин и Ко-амоксиклав могут назначаться эмпирически [1,12,24,31,48].

Острый неосложненный пиелонефрит легкой степени тяжести: боли в пояснице (в области почек), температура до 38°C , озноб [7, 12,14,27,33]. При остром неосложненном пиелонефрите легкой степени рекомендуется пероральная терапия: препаратами фторхинолонового ряда – Ципрофлоксацин 500–750 мг 2 раза в день в течение 7 дней; Левофлоксацин 250–500 мг 1 раз в течение 7 дней, альтернативные препараты Цефалоспори-

ны – Цефподоксим 200 мг 2 раза в день 10 дней [7, 12,18,21,46,50]. Препараты назначают после подтверждения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. В случае, если симптомы заболевания у пациента сохраняются свыше 24 часов на фоне антибиотикотерапии рекомендуется стационарное лечение и курс терапии другим антибиотиком с учетом данных чувствительности. При остром неосложненном пиелонефрите легкой степени рекомендуется назначать фторхинолоны внутрь в течение 7–10 дней [4,7,15,22,39].

Острый неосложненный пиелонефрит тяжелой степени (высокая температура до $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$, озноб, боль в пояснице, тошнота и рвота) [7, 12, 14,50]. Пиелонефрит может сопровождаться симптомами сепсиса угрожающим жизни состоянием. При тяжелом течении пиелонефрита пациента следует госпитализировать в ЦРБ и проводить парентеральное лечение – фторхинолоны или цефалоспорины 2–3 поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон). Начальная парентеральная терапия при тяжелой степени: Ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день, Левофлоксацин 250–500 мг 1 раз в день, Цефтриаксон 1–2 г 1 раз в день, или Ко-амоксиклав 1,5 г 4 раза в день. При улучшении состояния лечение пациента может осуществляться внутрь одним из выше перечисленных антибиотиков [1,7,9,12,35,41].

Наблюдение. В случае амбулаторного лечения, если симптомы заболевания сохраняются свыше трёх дней на фоне адекватной антибиотикотерапии, или если наблюдается рецидив инфекции в течение двух недель после окончания терапии, необходимо направить пациента на консультацию к урологу в районную многопрофильную поликлинику для проведения бактериологического исследования мочи и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам, а также провести УЗИ. С учетом данных чувствительности, необходим повторный двухнедельный курс терапии другим антибиотиком. В случае, если рецидив был вызван тем же штаммом возбудителя, что и первичная инфекция, то необходим более длительный, 6-недельный курс антибиотикотерапии [9,12,29,40,43].

Бессимптомная бактериурия у небеременных женщин. **Диагностика.** Распространённость бессимптомной бактериурии (ББ) у женщин нарастает с возрастом: примерно от 1% у молодых женщин до 20% и более у женщин старше 80 лет, кроме того риск развития ББ повышается у сек-

суально активных женщин с сахарным диабетом и уретральным катетером [9,12,20,21,42].

В настоящее время единственно достоверным методом выявления ББ является бактериологический посев мочи. Бессимптомная бактериурия у женщин диагностируется при отсутствии клинических проявлений ИМП и выявлении в двух последовательных анализах мочи (не менее 24 час), полученных при мочеиспускании, одного и того же микроорганизма в титре $\geq 10^5$ КОЕ/мл [7, 9, 12,29,35,43].

Лечение. Необходимо отметить, что лечение бессимптомной бактериурии у небеременных женщин и женщин пожилого возраста не снижает ни частоту развития клинически проявляющейся ИМП, ни предотвращает повторное возникновение ББ, поэтому лечение ББ не рекомендуется. Целесообразно выделять бессимптомную бактериурию у определенных категорий пациентов (с наличием постоянного мочевого катетера, беременные, больные сахарным диабетом), которым требуется решение вопроса о проведении антибактериальной терапии [4, 7, 10, 25, 39].

Небеременным женщинам, не предъявляющим жалобы, не показано обследование на выявление бессимптомной бактериурии и соответственно её лечение антибиотиками. У пожилых женщин с бессимптомной бактериурией не рекомендуется лечение антибиотиками [7, 9, 12].

Таким образом, широкое распространение ИМП среди населения требует принятия действенных мер, которые будут способствовать повышению качества ведения пациентов с ИМП, снижению заболеваемости и её осложнений. Имеется необходимость в эффективном ведении небеременных женщин с инфекциями мочевых путей врачом общей практики, согласно принципам медицины, основанной на доказательствах.

Список литературы

1. Государственный реестр лекарственных средств и изделий медицинского назначения / Главное управление по контролю качества лекарственных средств и медицинской техники. – Изд. 7-е, перераб. и доп. – Ташкент, 2003.
2. Гриднев, О. В. Клинико-фармакологические аспекты рациональной антибиотикотерапии инфекций мочевыводящих путей (клинико-экономическое многоцентровое исследование) / О. В. Гриднев. – М., 2006. – С. 124.
3. Заикина, И. В. Урология / И. В. Заикина. – М.: Владос-Пресс, 2005. – С. 194–206.
4. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике инфекции мочевых путей у взрослых в первичном звене здравоохранения / Д. А. Асадов [и др.]. – Ташкент, 2013. – 47 с.

5. Клинические рекомендации (стандарты ведения больных) / А. А. Баранов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. – С. 268–307.
6. Лопаткин, Н. А. Урология / Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев, О. И. Аполихин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 224–234.
7. Лоран, О. Б. Современные подходы к диагностике и лечению острого необструктивного пиелонефрита у женщин / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова // Медицинский совет. – 2008. – № 1. – С. 59–63.
8. Моисеев, С. В. Практические рекомендации по антибактериальной терапии и профилактике инфекций мочевыводящих путей с позиций доказательной медицины / С. В. Моисеев // Инфекции и антимикробная терапия. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 89–92.
9. Международная классификация болезней. Десятый пересмотр (МКБ 10). – Ташкент, 2004.
10. Петров, Р. В. Лекарственные средства. Справочник-путеводитель практикующего врача / Р. В. Петров, Л. Е. Зиганшина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, Доказательная медицина, 2003.
11. Резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в России / В. В. Рафальский [и др.] // Урология. – 2006. – № 5. – С. 34–37.
12. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011) / И. С. Палагин [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 280–302.
13. Сборник клинических протоколов: учебно-методическое пособие для общепрактикующих врачей / М. З. Захидова [и др.]. – 2015. – Ч. 1. – С. 202–210.
14. Страчунский, Л. С. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения (АРМИД): пособие для врачей / Л. С. Страчунский, Н. А. Коровин. – 2002. – 22 с.
15. Страчунский, Л. С. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов. – 2002. – 384 с.
16. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М., 2010. – 500 с.
17. Фомкин, Р. Н. Энциклопедия клинической урологии / Р. Н. Фомкин. – М.: «Научная книга», 2010. – С. 114–125.
18. Цефиксим: клиническая фармакология и место в терапии инфекций мочевыводящих путей и гонококковой инфекции у женщин / В. В. Рафальский [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 6. – С. 70–74.
19. A comparison of phylogenetic group, virulence factors and antibiotic resistance in Russian and Norwegian isolates of *Escherichia coli* from urinary tract infection / N. Grude [et al.] // Clin Microbiol Infect. – 2007. – Vol. 13 (2). – P. 208–211.
20. A systematic review of estrogens for recurrent urinary tract infections: third report of the hormones and urogenital therapy (HUT) committee / L. Cardozo [et al.] // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. – 2001. – № 12. – P. 15–20.
21. Activity and spectrum of 22 antimicrobial agents tested against urinary tract infection pathogens in hospitalized patients in Latin America: report from the second year of the SENTRY antimicrobial surveillance program / A. C. Gales [et al.] // J Antimicrob Chemother. – 2000. – Vol. 45. – P. 295–303.
22. Asymptomatic bacteriuria in adults / R. Colgan [et al.] // Am Fam Physician. – 2006. – Vol. 74 (6). – P. 985–990.
23. Acute pyelonephritis: comparison of diagnosis with 99mTc-DMSA, SPECT, spiral CT, MR imaging, and power Doppler US in an experimental pig model / M. Majd [et al.] // Radiology. – 2001. – Vol. 218 (1). – P. 101–108.
24. Bishop, M. C. Uncomplicated Urinary Tract Infection / M. C. Bishop. – 2004. – Vol. 2, Issue 3. – P. 143–150.
25. Brufitt, W. Prophylactic antibiotics for recurrent urinary tract infections / W. Brufitt, J. M. Hamilton-Miller // J Antimicrob Chemother. – 2009. – Vol. 25 (4). – P. 505–512.

26. Controversies in the antimicrobial treatment of urinary tract infections/S. Maringhini [et al.]/J Chemother. – 2006. – Vol. 3. – P. 16–20.
27. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection?/S. Bent [et al.]/JAMA. – 2002. – Vol. 287 (20). – P. 2701–2710.
28. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis / C. Costelloe [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 2096.
29. Fosfomycin for the treatment of multidrug-resistant, including extended-spectrum β -lactamase producing, Enterobacteriaceae infections: a systematic review / M. E. Falagas [et al.] // Lancet Infect Dis. – 2010. – Vol. 10 (1). – P. 43–50.
30. **Foxman, B.** Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs / B. Foxman // Am J Med. – 2002. – 113. – P. 5–13.
31. Facilitating the Use of Evidence in Practice: Evaluating and Adapting Clinical Practice Guidelines for Local Use by Health Care Organizations / D. G. Ian [et al.] // JOGNN Clinical Issues, September/October, 2002.
32. **Gribling, T. L.** Urinary tract infection in women // Urologic Diseases in America. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases / T. L. Gribling. – Washington, D. C., 2007. – GPO. NIH publication 07–5512. – P. 587–619.
33. Guidelines on urological infections / T. E. Grabe [et al.] // European Association of Urology (EAU); Updated March 2013.
34. **Gupta, K.** Pathogenesis and management of recurrent urinary tract infections in women / K. Gupta, W. E. Stamm // World J Urol. – 2009. – Vol. 17 (6). – P. 415–420.
35. **Haylen, B. T.** Recurrent urinary tract infections in women with symptoms of pelvic floor dysfunction/B. T. Haylen // Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. – 2009. – Vol. 20 (7). – P. 837–842.
36. **Hooton, T. M.** Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection / T. M. Hooton, W. E. Stamm // Infect Dis Clin North Am. – 2007. – Vol. 11 (3). – P. 551–581.
37. **Hooton, T. M.** Recurrent urinary tract infection in women / T. M. Hooton // Int J Antimicrob Agents. – 2001. – Vol. 17 (4). – P. 255–301.
38. Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults / L. E. Nicolle [et al.] // Clin Infect Dis. – 2005. – Vol. 40 (5). – P. 643–654.
39. **Jepson, R. G.** «Cranberries for preventing urinary tract infections» / R. G. Jepson, C. C. Jonathan. – The Cochrane Library, 2008.
40. **Khunda, A.** Recurrent Urinary Tract Infections Associated with Gynecological Disorders/A. Khunda, S. Elneil//Curr Bladder Dysfunct Rep. – 2012. – Vol. 7 (2). – P. 131–140.
41. **Lindsay, E. N.** Managing recurrent urinary tract infections in women / E. N. Lindsay // Women's Health. – 2005. – Vol. 1. – P. 39–50.
42. **Mabeck, C. E.** Treatment of uncomplicated urinary tract infection in non-pregnant women/C. E. Mabeck//Postgrad Med J. – 2002. – Vol. 48 (556). – P. 69–75.
43. **Mazzuli, T.** Resistance trends in urinary tract pathogens and impact on management / T. Mazzuli // J Urol. – 2002. – Vol. 168. – P. 1720–1722.
44. **Morgan, M. G.** Controversies in the laboratory diagnosis of community-acquired urinary tract infection/M. G. Morgan, H. McKenzie//Eur J Clin microbiol Infect Dis. – 2003. – Vol. 2 (7). – P. 49–504.
45. Risk factors for second urinary tract infection among college women / B. Foxman [et al.] // Am J Epidemiol. – 2000. – Vol. 151. – P. 1194–1205.
46. **Schappert, S. M.** Ambulatory medical care utilization estimates for 2006 / S. M. Schappert, E. A. Rechtsteiner // National health statistic reports. – 2008. – № 8.
47. **Schaeffer, A. J.** New concepts in the pathogenesis of urinary tract infections / A. J. Schaeffer // Urologic Clinics of North America. – 2002. – Vol. 29. – P. 245–247.
48. The ARESC study: an international survey on the antimicrobial resistance of pathogens involved in uncomplicated urinary tract infections / G. C. Schito [et al.] // Int J Antimicrob Agents. – 2009. – Vol. 34 (5). – P. 407–413.
49. Urinary tract infections in women aged 15 to 65 years in open care practice: monitoring of Escherichia coli sensitivity to fosfomycin trometamol on the basis of previous history / J. P. Arzouni [et al.] // Med Mai Infect. – 2000. – Vol. 30. – P. 699–702.
50. Urinary tract infection estimated incidence and associated costs / B. Foxman [et al.] // Ann Epidemiol. – 2000. – Vol. 10. – P. 509–515.

УДК 612.017.2:612.217: 612.227.1:796.42

А. В. Оксюзан

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

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛЕГКОАТЛЕТОВ

Оксюзан Артур Валериевич — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru

В данном исследовании выявлено, что показатели внешнего дыхания после выполнения легкоатлетических упражнений возрастали у всех обследуемых лиц, но жизненная ёмкость лёгких незначительно снижается только у юношей спортсменов. Отрицательный индекс Кердо (показатель вегетативного статуса) у девушек характеризовал преобладание парасимпатических влияний, а положительное значение данного показателя у юношей показало активацию симпатической нервной системы.

Ключевые слова: вегетативный статус; показатели функции внешнего дыхания; легкоатлеты

A.V. Oksuzyan

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

THE IMPACT OF EXERCISE ON THE CHANGE OF SOME INDICES OF THE CONDITION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND RESPIRATORY FUNCTION IN TRACK AND FIELD ATHLETES

Oksuzyan Artur Valerievich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: army@igma.udm.ru

In this study the respiratory indices were observed to increase in all the examined people after performing athletic exercises, while vital capacity reduced slightly only in young male athletes. Negative Kerdo index (a measure of the condition of autonomic nervous system) in female athletes characterized a predominance of parasympathetic influences, and a positive value of this index in male athletes showed activation of sympathetic nervous system.

Key words: condition of autonomic nervous system; indices of respiratory function; track and field athletes

Современная подготовка спортсменов требует более интенсивных и длительных тренировок, обусловленных увеличением физических нагрузок. Достижение высоких результатов в этих условиях возможно только на фоне полного здоровья.

Между тем занятия спортом вызывают структурно-функциональные изменения в организме человека, лежащие в основе адаптационных процессов. Повышение нагрузок обеспечивает быстрый рост функциональных возможностей организма и высоких спортивных результатов, в то же время увеличивает опасность перенапряжения и развития различных нарушений в состоянии здоровья спортсменов [5].

Нарушение адаптационных механизмов может привести к изменению вегетативных функций, что служит ранним признаком ухудшения общего состояния при повышенных нагрузках и влечёт за собой снижение спортивных достижений [3]. В литературных источниках встречается такое понятие как «изменение вегетативного статуса». Несмотря на необходимость исследования этой проблемы в спортивной медицине, она изучается крайне недостаточно. В связи с этим представляется актуальным изучение вопросов профилактики нарушений вегетативного статуса нервной системы и функции внешнего дыхания у лиц активно занимающихся спортом, так как распространённость таких изменений у подростков весьма значительна и колеблется от 29,1 до 82,0% в популяции [1]. При разработке методов профилактики функциональных отклонений у спортсменов следует учитывать специфику их деятельности и необходимость прохождения допинг-контроля в период соревнований. Вместе с тем нужно отметить, что в основе профилактических мер лежат мероприятия нелекарственной коррекции изменённых физиологических функций.

Цель исследования: оценить показатели вегетативного статуса нервной системы и фун-

кции внешнего дыхания у лиц, занимающихся легкой атлетикой.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе спортивного комплекса ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ (далее – ИГМА), в течение трёх месяцев, в котором участвовал 41 человек в возрасте 18–20 лет, 22 из них посещали секцию легкой атлетики в течение двух лет (12 девушек и 10 юношей). На первом этапе было проведено анкетирование, по результатам которого были сформированы две группы исследования. В контрольную группу (группа сравнения) вошли 9 юношей и 10 девушек такого же возраста, не занимающиеся спортом, но имеющие показатели роста и массы, соответствующие возрастной норме. Было проведено обследование некоторых показателей внешнего дыхания: жизненной ёмкости лёгких (методом спирометрии). Максимальная объёмная скорость воздуха определялась методом пневмотахометрии при форсированном вдохе и выдохе с помощью прибора – пневмотахометра. Одновременно был оценен вегетативный статус по индексу Кердо (степени влияния на сердечно-сосудистую систему вегетативной нервной системы) [4]; адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы [2] в динамике до выполнения нормативов легкой атлетики, сразу после нагрузки и через 30 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных проведенного исследования показал, что у обследуемых спортсменов масса тела равнялась $54,0 \pm 2,13$ кг, а у девушек, не занимающихся спортом – $53,5 \pm 0,76$ кг\$ при этом у спортсменов данный показатель составил $63,8 \pm 2,44$ кг и у юношей, не занимающихся спортом, $72,17 \pm 0,79$ кг. Средний рост юношей-легкоатлетов составил $176,2 \pm 2,29$ см, а девушек-легкоатлетов – $163,83 \pm 2,18$ см. В группе сравнения у лиц мужского пола данный показатель равен $173,5 \pm 1,14$ см, а у лиц женского пола –

164±1,39 см. У спортсменок-легкоатлетов после физических нагрузок значительно возростали частота дыхательных движений (ЧДД) и минутный объем дыхания (МОД) соответственно на 33,0% и 27,5%, причем через 30 минут вышеперечисленные значения практически не изменялись. У студентов, не занимающихся активно данным видом спорта, показатели оценки внешнего дыхания имели разнонаправленную динамику: ЧДД увеличивалась на 14,2% и МОД – на 11,1%; при этом через 30 минут резко снижались, соответственно на 13,4% и 11%. Объемная скорость вдоха ($OC_{вд}$) и жизненная емкость легких (ЖЕЛ) у девушек из группы наблюдения возрастала только через 30 минут после нагрузок на 5,9% и 5,8%, а в группе сравнения – сразу после упражнений на 8,2% и 29,0% соответственно. Остальные исследуемые показатели внешнего дыхания у обследуемых лиц практически не изменялись. Анализируя данные внешнего дыхания у спортсменов отмечался выраженный прирост ЧДД и МОД, а у юношей, не посещающих секцию легкой атлетики, все показатели внешнего дыхания возрастали, в особенности ЧДД, которая сразу после тренировки увеличивалась на 14%, а через 30 минут после неё уряжалась на 13%. Частота сердечных сокращений (ЧСС) у юношей, занимающихся легкой атлетикой, сразу после пробега возрастала на 35%, и через 30 минут полного восстановления не происходило (на 17% данное значение оставалось выше первоначального). При этом у молодых людей, не занимающихся активно данным видом спорта, ЧСС составила 85,5±3,08 уд/мин, что на 23% выше значения до нагрузки, а через 30 минут после физических упражнений данный показатель снижался на 2,4%. Показатели артериального давления (САД и ДАД) изменялись односторонне с ЧСС, но менее выраже-

но. Таким образом, вегетативный индекс и индекс адаптационного потенциала увеличивались в группе наблюдения сразу после выполнения нормативов на 28,8% и 13%, а через 30 минут данные показатели незначительно снижались, но при этом оставались выше значений до нагрузки. У юношей же из группы сравнения после пробега вначале отмечался прирост вегетативного индекса и адаптационного потенциала, соответственно на 13,5% и 10%, а через 30 минут происходило их снижение на 2,5% и 5,3%.

Вывод. Таким образом, снижение адаптационного потенциала в группе наблюдения сопровождалось смещением показателей миокардиально-гемодинамического гомеостаза в пределах своих так называемых нормальных значений. При этом возрастало напряжение регуляторных систем, увеличивалась «плата за адаптацию». Срыв адаптации как результат перенапряжения и истощения механизмов регуляции у спортсменов отличался резким падением резервных возможностей сердца, в то время как в группе сравнения наблюдался рост всех показателей системы кровообращения и дыхания.

Список литературы

1. Акарачкова, Е.С. Синдром вегетативной дистонии у современных детей и подростков / Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина // Педиатрия. – 2011. – № 90 (6). – С. 129–136.
2. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.
3. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 752 с.
4. Галактинова, М.Ю. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: вопросы диагностики, лечения, диспансеризации: методические рекомендации / М.Ю. Галактинова. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 48 с.
5. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина: курс лекций и практические занятия: учебное пособие / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – М.: Советский спорт, 2010. – 304 с.

УДК 618.3-06-02:616.891.6]-07

В. Г. Сюсюка

Запорожский государственный медицинский университет, Украина
Кафедра акушерства и гинекологии

УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА И ЭНДОРФИНА У БЕРЕМЕННЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Сюсюка Владимир Григорьевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26; тел. +380990988255, e-mail: svg.zp@i.ua

На основании оценки гормонального профиля 86 беременных установлено, что у женщин с высоким и средним уровнями ситуативной тревожности концентрация кортизола была статистически достоверно выше ($p<0,05$) соответствующего показателя беременных с низким ее уровнем. При этом взаимовлияние ситуативной тревожности и уровня кортизола у беременных с высоким и средним ее уровнями подтверждается наличием корреляционной связи ($r=+0,704$, $p<0,05$). Оценка уровня в-эндорфина в группах исследования с учетом ситуативной тревожности не позволила установить статистически значимой ($p>0,05$) разницы, что может свидетельствовать об отсутствии значительного влияния указанного нейропептида у беременных с психоэмоциональными нарушениями.

Ключевые слова: беременность; психоэмоциональные нарушения; уровень тревожности; кортизол; в-эндорфин

V. G. Syusyuka

State Medical University of Zaporozhye, Ukraine
Department of Obstetrics and Gynaecology

LEVEL OF CORTISOL AND ENDORPHINE IN PREGNANT WOMEN WITH PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS CAUSED BY ANXIETY

Syusyuka Vladimir Grigoryevich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 26 Mayakovsky ave., Zaporozhye 69035, tel.: +380990988255, e-mail: svg.zp@i.ua

Having assessed hormonal profiles of 86 pregnant women we established that cortisol concentration was significantly higher ($p<0,05$) in women with high and medium levels of state anxiety than in women with low level of state anxiety. Interaction of state anxiety and cortisol level in pregnant women with high and medium levels of state anxiety is confirmed by correlation ($r=+0,704$, $p<0,05$). Estimation of β -endorphine level in study groups with regard to state anxiety failed to determine significant difference ($p>0,05$). This fact can indicate absence of significant influence of the above-mentioned neuropeptide in pregnant women with psycho-emotional disorders.

Key words: pregnancy; psycho-emotional disorders; anxiety level; cortisol; β -endorphine

Пренатальный стресс у матери и стрессовые гормоны изменяют функционирование регуляторных систем при стрессе у потомства [16]. Ребенок на гормональном уровне переживает все состояния матери. Каждая волна материнских гормонов резко выводит ребенка из его обычного состояния и обостряет его восприимчивость [9]. Наиболее активным глюкокортикоидом является кортизол — он играет огромную роль в организме [10]. Плацента проницаема для кортикостероидов как материнского, так и плодового происхождения [11]. Повышение в крови матери концентрации основного гормона стресса (кортизола) приводит к тому, что разрушающий его фермент в плаценте уже не справляется с нагрузкой, и материнский кортизол попадает в кровь плода. Возникает искусственно созданное состояние стресса [7]. В свою очередь, эндорфины тоже имеют широкий спектр физиологических эффектов и являются основными представителями эндогенной опиоидной системы (ЭОС), которая имеет сложное строение и различные функции. Они влияют на системы организма, выступают как медиаторы, а также выделяются в системный кровоток в гипофизе [6, 12]. При сравнении содержания β -эндорфинов у небеременных женщин, беременных с физиологическим и осложненным течением гестации достоверной разницы не установлено. По мнению исследователей, это свидетельствует об отсутствии значительного гормонального компонента в формировании эмоциональной сферы беременных [3]. Однако, большинство как клинических, так и экспериментальных исследований свидетельствует о росте уровня β -эндорфина во время родов [12, 13, 14, 15, 17, 18, 19].

Цель исследования: дать оценку уровня кортизола и β -эндорфина у беременных с психоэмо-

циональными нарушениями, обусловленными тревожностью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 86 беременных во II и III триместрах. В основную группу вошли 60 беременных со средним и высоким уровнями ситуативной тревожности (СТ). В контрольной группе — 26 беременных с уровнем тревоги 30 баллов и ниже, что характеризует низкий уровень СТ.

Оценка уровня тревожности проводилась путем тестирования по методике, предложенной Ч.Д. Спилбергером в модификации Ю.Л. Ханина, с оценкой показателей ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) [1, 2, 4, 5, 8]. Критерием исключения были заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, а также эндокринная патология.

Количественную оценку уровня гормонов определяли в плазме крови методом иммуноферментного анализа на аппарате «SIRIO S» с использованием тест-системы DRG (Германия) для кортизола и Peninsula Laboratories, LLC (США) для β -эндорфина.

Вариационно-статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием лицензированных стандартных пакетов прикладных программ многомерного статистического анализа «STATISTICA 6.0» (лицензионный номер AXXR712D833214FAN5).

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст беременных в основной группе составил $27,42 \pm 1,14$ года и $27,46 \pm 1,52$ года в группе контроля ($p>0,05$), а срок обследования $28,08 \pm 0,80$ недель и $28,46 \pm 1,11$ недель ($p>0,05$) соответственно.

Характеризуя результаты самооценки СТ, уровень которой рассматривают как показа-

тель эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию, установлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$) между основной ($37,92 \pm 1,37$ балла) и контрольной ($26,46 \pm 1,20$ балла) группами исследования.

Анализируя уровень гормонов в группах исследования с учетом СТ, установлено, что уровень кортизола в основной группе ($468,33 \pm 39,14$ нг/мл) был статистически достоверно ($p < 0,05$) выше соответствующего показателя в группе контроля ($330,27 \pm 22,79$ нг/мл) (рис. 1).

Взаимовлияние СТ и уровня кортизола у беременных с высоким и средним ее уровнями подтверждается наличием корреляционной связи ($r = +0,704$, $p < 0,05$). Среди беременных с низким уровнем СТ таких связей не установлено.

Характеризуя уровень β -эндорфина в основной ($2,19 \pm 0,64$ нг/мл) и контрольной ($1,99 \pm 0,74$ нг/мл) группах, статистически значимой ($p > 0,05$) разницы не установлено (рис. 2).

Также не установлено взаимосвязей СТ и уровня β -эндорфина. Однако, в основной группе имела место слабая положительная связь между β -эндорфином и кортизолом ($r = +0,293$, $p < 0,05$).

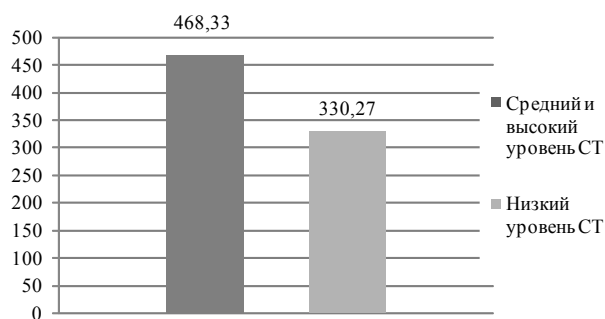


Рис. 1. Уровень кортизола у беременных с учетом ситуативной тревожности

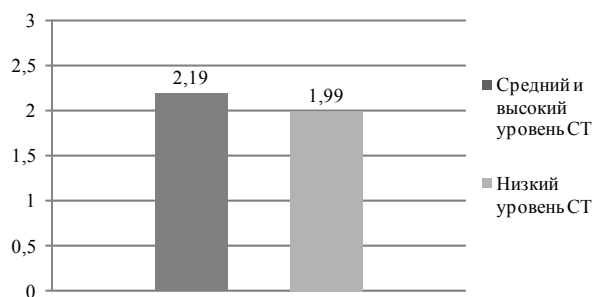


Рис. 2. Уровень β -эндорфина у беременных с учетом ситуативной тревожности

Вывод. На основании оценки гормонального профиля установлено, что у беременных с высоким и средним уровнями СТ концентрация кортизола была статистически достоверно выше ($p < 0,05$) соответствующего показателя беременных с низким ее уровнем. При этом взаимовлияние СТ и уровня кортизола у беременных с высоким и средним ее уровнями подтверждается наличием корреляционной связи ($r = +0,704$, $p < 0,05$). Оценка уровня β -эндорфина в группах исследования с учетом СТ не позволила установить статистически значимой ($p > 0,05$) разницы. Вероятно, это свидетельствует об отсутствии значительного влияния указанного нейрпептида у беременных с психоэмоциональными нарушениями, которые обусловлены тревожностью.

Список литературы

1. Астахов, В.М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / В.М. Астахов, О.В. Бацылева, И.В. Пузь; под ред. В.М. Астахова. – Донецк: Норд-Пресс, 2010. – 199 с.
2. Астахов, В.М. Психодиагностика в репродуктивной медицине / В.М. Астахов, О.В. Бацылева, И.В. Пузь. – Винница: ООО «Нилан-ЛТД», 2016. – 380 с.
3. Галич, С.Р. Преэклампсия як синдром психоемоційної вегето-судинної дізадаптації: дис... д-ра мед. наук / С.Р. Галич. – Одеса, 2006. – 326 с.
4. Дослідження психологічного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту: навчальний посібник для акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-психотерапевтів та лікарів-інтернів за фахом / В.О. Потапов [та ін.]. – Дніпро: Запоріжжя, 2017. – 126 с.
5. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Б.В. Михайлов [та ін.]; за заг. ред. Б.В. Михайлова. – 5-е вид., перероблене та доповнене. – Х.: ХМАПО, 2014. – 328 с.
6. Жуков, Д.А. Биология поведения: гуморальные механизмы / Д.А. Жуков. – СПб.: Речь, 2007. – 443 с.
7. Полякова, О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / под ред. А.С. Батуева. – СПб.: Речь, 2008. – 144 с.
8. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2011. – 672 с.
9. Райгородский, Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Хрестоматия / Д.Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2013. – 784 с.
10. Сидельникова, В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В.М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 352 с.
11. Сидорова, И.С. Течение и ведение беременности по триместрам / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. – М.: ООО Медицинское информационное агенство, 2009. – 304 с.
12. Яковлева, А.А. Становление опиоидной системы у плода / А.А. Яковлева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. LXV, № 2. – С. 64–69.
13. Arsenijević, L. Plasma levels of cortisol and opioid peptide beta-endorphin during spontaneous vaginal delivery

/ L. Arsenijević, Z. Kojić, N. Popović // Srp Arh Celok Lek. – 2006. – Vol. 134 (3–4). – P.95–99.

14. **Cahill, C.A.** Beta-endorphin levels during pregnancy and labor: a role in pain modulation? / C.A. Cahill // Nurs Res. – 1989. – Vol. 38 (4). – P.200–3.

15. Plasma levels of immunoreactive beta-endorphin and adrenocorticotrophic hormone during labor and delivery / I. Fettes [et al.] // Obstet Gynecol. – 1984. – Vol.64 (3). – P.359–62.

16. Prenatal maternal stress programs infant stress regulation / E.P. Davis [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 2011. – Vol.52 (2). – P.119–29.

17. Response to delivery stress is not mediated by beta-endorphin / H. Harbach [et al.] // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2008. – Vol.136 (1). – P.39–45.

18. **Sheri, A.** Baron Effects of hypophysectomy and dexamethasone treatment on plasma β -endorphin and pain threshold during pregnancy / Sheri A. Baron, Alan R. Gintzler // Brain Research. – 1987. – Vol. 418. – P. 138–145.

19. The relationship between beta-endorphin levels and uterine muscle contractions during labor / N. Weissberg [et al.] // Int J Gynaecol Obstet. – 1990. – Vol. 33 (4). – P.313–6.

УДК 616.61-053:2-07-084

Ф. П. Абдурасулов, Б. А. Юлдашев, А. Х. Эргашев, Н. Ё. Рузикулов, М. Д. Аралов, А. К. Тураханов, С. Х. Мамедов

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра педиатрии № 2, неонатологии и пропедевтики детских болезней

МНОГОЭТАПНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СКРИНИНГ-ПРОГРАММА В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Абдурасулов Фозилжон Пардаевич – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел.: +99897-910-82-92, e-mail: f.abdurasulov.1972@mail.ru; **Юлдашев Ботир Ахматович** – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; **Эргашев Абдурашид Хурсанович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Рузикулов Норкул Ёкубович** – ассистент кафедры; **Аралов Мирза Джуракулович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Тураханов Азиз Касимович** – студент лечебного факультета; **Мамедов Самед Хакимжан угли** – студент лечебного факультета

В статье представлена программа диагностики и профилактики дисметаболических нефропатий у детей. Показано, что данная программа может быть использована как для массового, так и для селективного скрининга.

Ключевые слова: дети; нефропатии; скрининг; профилактика

F. P. Abdurasulov, B. A. Yuldashev, A. Kh. Ergashev, N. E. Ruzikulov, M. D. Aralov, A. K. Turakhanov, S. Kh. Mamedov

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Pediatrics No.2, Neonatology and Propaedeutics of Childhood Diseases

MULTISTEP COMPREHENSIVE SCREENING PROGRAM IN THE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF DYSMETABOLIC NEPHROPATHIES IN CHILDREN

Abdurasulov Fozilzhon Pardaeovich – Candidate of Medical Sciences, Lecturer, 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +99897-910-82-92, e-mail: f.abdurasulov.1972@mail.ru; **Yuldashev Botir Akhmatovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; **Ergashev Abdurashid Khursanovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Ruzikulov Norkul Yokubovich** – Lecturer; **Aralov Mirza Dzhurakulovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Turakhanov Aziz Kasimovich** – Student of the Faculty of General Medicine; **Mamedov Samed Khakimzhan ugli** – Student of the Faculty of General Medicine

The article presents the program for diagnosis and prevention of dysmetabolic nephropathies in children. It is shown that the program can be used for both mass screening and selective screening.

Key words: children; nephropathies; screening; prevention

Успехи, достигнутые в поисках факторов риска, создающих предпосылки для поражения почек, привлекли внимание исследователей к нарушениям обмена веществ (нарушение обмена пуринов, щавелевой кислоты, отдельных аминокислот – цистина, триптофана и др.), в результате чего была выделена группа «дисметаболических нефропатий» [4–8], имеющих большой удельный вес в нозологической структуре заболеваний органов мочевыделительной системы. Выделению нефропатий обменного генеза

способствовали совершенствование и широкое внедрение в нефрологическую практику методов клинической генетики и биохимии, которые внесли принципиальные дополнения и коррективы в понимание сущности заболеваний почек, изменили подходы, тактику выбора индивидуальной терапевтической тактики, позволили применять превентивные меры профилактики еще в доманифестной стадии [1–3, 9–12]. Такие внешние факторы, как несоответствующее метаболическому статусу питание, тепловая нагрузка

ка, гиперинсоляция, экологические факторы, интеркуррентные инфекции, повторные токсические (в т.ч. лекарственные) и аллергические воздействия у детей с дисметаболическим диатезом способствуют манифестации нефропатий, т.е. представляют собой факторы риска [13–16]. Эти же факторы способствуют манифестации нефропатий при наличии предрасположенности другого рода – структурных изменений анатомического, гистологического характера на органном, клеточном и субклеточном уровнях [1,7].

Цель исследования: оптимизация скрининговых программ для выявления предрасположенности, ранней диагностики и профилактики нефропатий обменного генеза у детей.

Материалы и методы исследования. Для выявления фенотипически здоровых детей с дисметаболической предрасположенностью к нефропатологии в настоящее время разработаны скрининг-программы. Для определения наследственной дисметаболической предрасположенности к нефропатиям и нозологической диагностики заболеваний ОМС системы можно использовать программу, включающую комплекс генетических, клинических и биохимических исследований, которые можно систематизировать в следующей этапности:

1. Генеалогический анализ позволяет выявить наследственный нефрит, семейно-наследственные предрасположения к нефропатиям, выбор направления исследования метаболического статуса, исходя из выявляемого в родословной спектра почечной и внепочечной патологии.

2. Клинический скрининг предусматривает учет возраста к моменту заболевания, наличие экстраренальных проявлений, динамику мочевого синдрома, кристаллурию, связь с перенесенной инфекцией, гемограмму, протеинограмму, уровень антистрептококковых антител, функциональное состояние почек, УЗИ почек.

3. Биохимический скрининг мочи включает следующие качественные скрининг-тесты: пробу с нингидрином на гипераминоацидурию, йодазидный тест на цистин, пробу Бенедикта на общие сахара, пробу Феллинга на фенилаланин, пробу Сулковича на кальций, нитритную пробу на бактериурию, а также количественные исследования: суточную экскрецию оксалатов, кальция, фосфора, белка, мочевой кислоты, аминокислот, аммиака, титруемых кислот.

Результаты исследования и их обсуждение.

Приведенные данные показывают что, почти все исследования скрининг-программы проводятся неинвазивными методами и основаны на исследовании мочи, что ознакомление с обследуемым ребенком следует начинать с изучения акушерского анамнеза с анализом родословной (независимо от того здоров или болен ребенок). До настоящего времени в широкой клинической практике недостаточно использовались возможности генеалогического анализа за исключением специализированных учреждений. Комплексное применение генеалогического метода и биохимических исследований дало возможность установления спектра почечной и внепочечной патологии у детей в зависимости от вида дисметаболизма (табл.).

Выявление подобного спектра патологии в родословной позволяет своевременно выбрать схему дальнейшего обследования и выявить детей с семейно-наследственной предрасположенностью к нефропатиям. Перечисленные тесты достаточно информативны и практически доступны любой лаборатории. В случаях первичного выявления нефропатологии используются последующие этапы программы с целью верификации нозологической сущности заболевания и выбора индивидуальной терапевтической тактики (рентгенологические, иммунологические и морфологические исследования).

Таблица. Спектр патологии в родословной детей при некоторых нарушениях обмена веществ

Вид дисметаболизма	Спектр патологии в родословной
Дисметаболизм щавелевой кислоты (гипероксалурия)	Хронический интерстициальный нефрит и вторичный пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хронический нефрит, радикулит, гипертония, гастроуденальные заболевания
Дисметаболизм аминокислот Цистинурия	Мочекаменная болезнь, вторичный пиелонефрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гепато-билиарная патология
Дисметаболизм триптофана	Аллергические состояния, бронхиальная астма, сахарный диабет, анемия, новообразования, нефропатии
Дисметаболизм пуриновых оснований (гиперурикемия и урикозурия)	Подагра, подагрическая почка, спондилез, артропатия, ожирение, сахарный диабет, МКБ, гиперурикемический вариант гломерулонефрита, желчнокаменная болезнь, гипертония, атеросклероз, ИБС, новообразования

Данная программа может быть использована как для массового, так и селективного скрининга.

Селективному скринингу по нефропатологии подлежат дети из семей с отягощенным нефрологическим анамнезом, при наличии у ребенка пяти и более стигмов соединительнотканного дизэмбриогенеза, при наличии гипер- или гипотензии у ребенка, при наличии абдоминального синдрома.

Вывод. Таким образом, данная скрининг-программа позволяет провести диагностику дисметаболизма на донозологическом уровне, что составляет основу превентивной профилактической педиатрической нефрологии.

Список литературы

1. Баранов, А.А. Достижения и перспективы развития нефрологии детского возраста / А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – № 6. – С. 20–24.
2. Баранов, А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А.А. Баранов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 432 с.
3. Баранов, А.А. Детская инвалидность в России / А.А. Баранов // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов XIV Конгресса педиатров России с международным участием. – М., 2010. – С. 63.
4. Вялкова, А.А. Современные представления о тубулоинтерстициальных нефропатиях и концепция хронической болезни почек в педиатрической нефрологии / А.А. Вялкова // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 3. – С. 129–131.
5. Гендлин, Г.Е. Ультразвуковое исследование почек: возможности и границы метода / Г.Е. Гендлин // Клиническая нефрология. – 2009. – № 2. – С. 17–25.
6. Голев, Г.Д. Формирование регистра пациентов с додиализной стадией ХПН: первая оценка результатов / Г.Д. Голев // Нефрология и диализ. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 370–371.
7. Длин, В.В. Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей / В.В. Длин. – М.: Оверлей, 2005. – 232 с.
8. Дисметаболические нефропатии у детей / В.В. Длин [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – № 5. – С. 36–44.
9. Зайкова, Н.М. Факторы риска и патогенетические механизмы формирования и прогрессирования рефлюкс-нефропатии у детей / Н.М. Зайкова // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2008. – № 1. – С. 63–69.
10. Игнатова, М.С. Профилактика нефропатий и предупреждение прогрессирования болезни почек у детей / М.С. Игнатова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – № 6. – С. 3–8.
11. Кузбеков, Р.С. Комплексное медико-социальное исследование заболеваемости: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.С. Кузбеков. – М., 2008. – 24 с.
12. Кузнецова, Е.Г. Показатели макро- и микроэлементного состояния у детей с хроническим пиелонефритом и дисметаболической нефропатией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Кузнецова. – Иваново, 2007. – 22 с.
13. Мадянов, И.Б. Гиперурикемия как составляющая метаболического синдрома / И.Б. Мадянов, М.И. Балаболкин // Проблемы эндокринологии. – 1997. – № 43 (6). – С. 30–32.
14. Нетребенко, О.К. Программирование питания (метаболическое программирование) на ранних этапах развития / О.К. Нетребенко // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2013. – Т. 92. – С. 84–92.
15. Патогенетические аспекты мочекишечного (пуринового) диатеза у детей / Э.А. Юрьева [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 4. – С. 40–46.
16. Юрьева, Э.А. Обменные нефропатии у детей / Э.А. Юрьева, В.В. Длин, Ю.Е. Велтищев; под ред. М.С. Игнатовой // Детская нефрология: руководство для врачей. – 3-е изд. – М., 2011. – С. 390–425.

УДК 616-071:796.01:612

З.М. Сигал¹, В.В. Брындин², С.Ю. Мещанов¹, О.А. Сигал³

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

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом профилактической медицины

³БУЗ УР «Городская поликлиника № 6 МЗ УР», Удмуртская Республика

ВРАЧЕБНЫЙ ЭКСПРЕСС-КОНТРОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ

Сигал Золтан Мойшевич — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (3412) 91-82-94, e-mail: sigalzm1944@gmail.com; Брындин Владимир Викторович — заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; Мещанов Сергей Юрьевич — аспирант кафедры; Сигал Ольга Александровна — врач-оториноларинголог

Лабораторные методы тестирования здоровья спортсменов трудоемки в использовании, в связи с этим важное значение имеет создание методов экспресс-контроля функционального состояния спортсменов. Нами предложены методы на основе термометрии, измерения сатурации и других показателей сердечно-сосудистой системы, определение оптической плотности участков коленного сустава.

Ключевые слова: функциональное состояние; сатурация; термометрия; оптическая плотность; амплитуда пульсовых осцилляций

Z. M. Sigal¹, V. V. Bryndin², S.Yu. Meshchanov¹, O. A. Sigal³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

²Department of Exercise Therapy and Medical Monitoring with a Course in Preventive Medicine

³Municipal Clinical Hospital No. 6, Udmurt Republic

QUICK TESTING OF SPORTSMEN'S FUNCTIONAL CONDITION

Sigal Zoltan Moyshevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 91-82-94, e-mail: sigalzm1944@gmail.com; **Bryndin Vladimir Viktorovich** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; **Meshchanov Sergey Yuryevich** — Postgraduate; **Sigal Olga Aleksandrovna** — Otorhinolaryngologist

Laboratory methods of testing health of athletes are laborious; therefore it is important to develop methods of quick testing of sportsmen's functional condition. We propose methods based on thermometry, measurement of oxygen saturation and other indicators of cardiovascular system, as well as determining optical density of the areas of the knee joint.

Key words: functional state; saturation; thermometry; optical density; the amplitude of pulse oscillation

С точки зрения спортивной практики определение текущего функционального состояния организма спортсмена в процессе ежедневных тренировок — это наиболее продуктивное звено врачебного контроля. Без контроля уровня «загруженности» организма невозможно и самоуправление процессом тренировки. Однако, подобный контроль в условиях тренировок и спортивных соревнований — достаточно сложная задача. Общепринятые лабораторные трудоёмкие методики тестирования по целому ряду причин здесь неприемлемы. Спортивным врачам, тренерам и самим спортсменам-профессионалам необходимы доступные, достаточно информативные экспресс-методы диагностики функционального состояния [2].

Для большинства людей слова «спорт» и «здоровье» являются синонимами. Но вместе с благоприятным влиянием спорта на функциональное состояние органов и систем организма он имеет и свои отрицательные стороны [3,4]. Так, травматизм в спорте всегда являлся актуальной темой, ведь зачастую именно травмы мешают спортсменам добиваться наивысших спортивных результатов и почти всегда являются причиной прекращения спортсменами своей профессиональной карьеры. Каждый год мы слышим по средствам массовой информации о трагической гибели спортсменов во время тренировок или спортивных соревнований. Так, в США за 1980–1993 гг. зарегистрировано 576 случаев, а за 1994–2006 гг. уже 1290 случаев внезапной смерти спортсменов во время занятий спортом, более чем в 30 видах спорта. Как отмечает «Американский регистр внезапной смерти молодых спортсменов», имеется ежегодный рост до 6% случаев. Ежегодно регистрируется до 115 внезапных смертей спортсменов [6]. Таким образом, важное значение имеет своевременная оценка функционального

состояния спортсменов. Разработка и совершенствование средств и методов врачебного контроля, внедрение их в повседневную практику медицинского обеспечения подготовки спортсменов следует рассматривать как существенный резерв повышения эффективности учебно-тренировочной работы, мер по охране их здоровья, первичной и вторичной профилактики предпатологических и патологических состояний [1].

Цель исследования: разработка методов врачебного экспресс-контроля функционального состояния спортсменов для предотвращения предпатологических и патологических состояний на основе термометрии, измерения сатурации и определения оптической плотности в участках коленного сустава.

Материалы и методы исследования. Нами проведен мониторинг. Были опрошены 142 практически здоровых человек в возрасте от 18 до 22 лет. У всех обследуемых отсутствовали острые и хронические заболевания органов дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Была проведена:

I. Термометрия носа (рис. 1), термометрия уха (рис. 2) и сатурация II пальца левой руки (рис. 3). Термометрия проводилась электронным инфракрасным термометром DT-635. Сатурация проводилась пульсоксиметром «Armed».



Рис. 1. Термометрия носа



Рис. 2. Термометрия уха



Рис. 3. Сатурация II пальца левой руки

II. Термометрия носа (рис. 1), термометрия уха (рис. 2) и сатурация носа аппаратом Ангиоскан 1 П (рис. 4)



Рис. 4. Сатурация носа

III. Термометрия носа (рис. 1), термометрия уха (рис. 2) и анализ сердечно-сосудистой системы на II пальце левой руки аппаратом Ангиоскан 1 П (рис. 5)

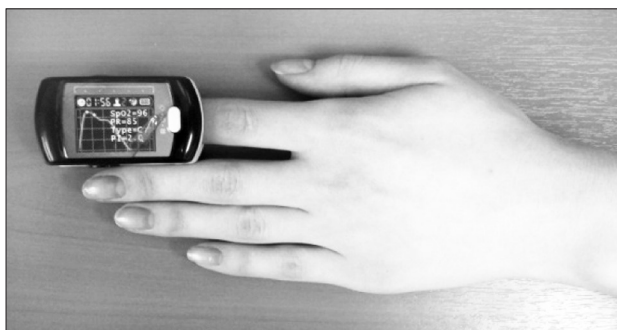


Рис. 5. Анализ сердечно-сосудистой системы на II пальце левой руки

В практике врачей кислородное голодание – наиболее часто встречаемое состояние при заболеваниях различных систем организма. Измерение сатурации должно быть неотъемлемой частью клинического обследования пациентов наряду с измерением артериального давления, частоты дыхания и пульса, а врач, помимо стетоскопа и тонометра, должен иметь и пульсоксиметр. Работа пульсоксиметра основана на способности гемоглобина, связанного (HbO_2) и несвязанного с кислородом (Hb) абсорбировать свет различной длины волны. Термометрия имеет важное значение для диагностики различных заболеваний. Измерение температуры тела в наружном слуховом проходе имеет свои достоинства, так как в отличие от других областей тела, которые обычно используют для измерения, значение температуры и местное кровообращение в области барабанной перепонки максимально приближаются к значению температуры крови, которой питается гипоталамус, центр терморегуляции организма. Таким образом, область барабанной перепонки является идеальным местом для измерения температуры головного мозга [3].

Вторая работа основана на определении оптической плотности участков коленного сустава. Ультразвуковой мониторинг, оптометрия и пульсомоторография коленного сустава проведены у 12 здоровых людей. Исследование проводилось на ультразвуковом сканере *Medison-128 XP Acuson anteaes*, с датчиком линейного сканирования 7,5 *Mru*. Использование сканера позволило оценить состояние синовиальных сумок и связочного аппарата коленного сустава в четырех стандартных доступах: латерального, медиального, переднего и заднего.

Оптометрия для регистрации параметров гемодинамики проводилась с помощью устройства и метода З.М. Сигал. Щуп состоит из двух светодиодов АЛ 107 В и фотодатчика ФКД-155, размещенных в герметичном цилиндрическом корпусе, который соединялся с помощью электрического провода с самописцем. Для гемодинамических исследований применялся специально сконструированный зонд. В качестве самописцев использовали электрокардиограф типа ЭКГ-03М с усилением электрических сигналов 10 и 20 мм/мВ. Скорость движения бумажной ленты – 5 мм/сек. Продолжительность одномоментной регистрации функциональных показателей колебалась от 10 до 30 сек. Во время ис-

следования определяли оптическую плотность в нормальных участках органа, пульсовые характеристики (АПО – амплитуда пульсовых осцилляций). Оптометрию проводили с помощью наложения оптопары на исследуемую область с задержкой дыхания пациента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Приводим данные термометрии, полученные у 100 здоровых волонтеров:

- в правом носовом ходе отмечались колебания температуры от 22,3 до 36,6 градуса;
- в левом носовом ходе от 23,7 до 35,4 градусов;
- в правом слуховом проходе температура колебалась от 32,2 до 37,1 градуса;
- в левом наружном слуховом проходе температура колебалась от 26,4 до 38,0 градуса.

Было обследовано 18 здоровых людей в возрасте 18–22 лет после умственной нагрузки (участники блиц-турнира по шахматам). При этом зафиксировано повышение температуры в левом наружном слуховом проходе на 1,2 градуса (таблица 1), что может являться специфическим признаком усиления обменных процессов головного мозга.

Было обследовано 10 спортсменов (волейболистов) до и после соревнований. При этом было зафиксировано:

- повышение температуры в левом наружном слуховом проходе от 0,6 до 0,8 градусов;
- увеличение сатурации не превышало 1–2 %;
- систолическое давление повысилось от 10 до 20 мм рт. ст., диастолическое давление – от 5 до 10 мм рт. ст.;
- ЧСС повысилось от 15 до 23 ударов в минуту.

Полученные результаты свидетельствуют, что физическая нагрузка усиливает в первую очередь деятельность сердечно-сосудистой системы, функциональное состояние которой объективно отражает уровень подготовки спортсменов [4,6].

Было обследовано 14 волонтеров в возрасте 18–22 лет без острых и хронических заболеваний органов дыхательной и сердечно-сосудистой системы до и после стандартных ингаляций O_2 в носовые ходы (на основании инструкции кислородного баллончика). Одновременно фиксировалась сатурация на втором пальце левой кисти до и после воздействия O_2 . Полученные данные приведены в таблицах 2 и 3.

Таблица 1. Эффект сравнения температуры до (1) и после (2) умственной нагрузки в левом наружном слуховом проходе

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$	Sx Sy	Дисперсия выборки Sn^2	t, p
1	35,0 $\pm$ 0,2	0,39	0,73	4,8
2	36,2 $\pm$ 0,16	0,07	0,077	<0,05

Таблица 2. Эффект сравнения сатурации носа до (1) и после (2) ингаляции O_2

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$	Sx Sy	Дисперсия выборки Sn^2	U, p
1	84,3 $\pm$ 6,1	1,6	38,4	86,5
2	86,2 $\pm$ 0,16	2,0	60,9	<0,05

Таблица 3. Эффект сравнения сатурации пальца (II пальца левой руки) до (1) и после (2) ингаляции O_2

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$	Sx Sy	Дисперсия выборки Sn^2	U, p
1	95,9 $\pm$ 1,5	0,4	2,5	136,0
2	97,7 $\pm$ 0,9	0,2	0,8	<0,05

Установлено повышение сатурации после ингаляции O_2 как в носу, так и в исследуемом пальце. Причем на пальце эффект повышения был значительно больше (таблица 3). Этот метод подтверждает, что для коррекции сатурации необходимо использовать ингаляцию O_2 не только в условиях МО, но и в спортивной медицине.

Во время ультразвукового исследования коленного сустава было определено количество синовиальной жидкости в супрапателлярной сумке и сумке латерального заворота в группах наблюдения. Эти показатели соответственно составляют 0,5 $\pm$ 0,3 и 0,2 $\pm$ 0,3.

Оптическая плотность в супрапателлярной сумке и сумке латерального заворота соответственно составляют 30,6 $\pm$ 5,1 и 10,6 $\pm$ 6,0.

АПО супрапателлярной сумки и сумки латерального заворота соответственно составляют 10,0 $\pm$ 0,5 и 8,0 $\pm$ 0,5.

Выводы. 1. Предложенный нами функциональный мониторинг сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а также терморегуляторных механизмов имеет значение для дифференциальной диагностики нормы и патологии, установления специфических функциональных критериев различных патологических процессов и разработки экспресс-диагностики уровня физической и умственной нагрузки в спортивной медицине и новых эффективных методов лечения.

2. Для эффективной оценки физиологического состояния организма спортсменов и снижения риска возникновения травм рекомендуется обследование крупных суставов с использованием ультразвукового мониторинга, оптометрии и пульсомоторографии.

3. Использование экспресс-контроля состояния здоровья каждого спортсмена позволяет предупреждать развитие переутомления и перетренированности, способствует улучшению качества жизни и продления спортивной карьеры.

Список литературы

1. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. — М.: Медицина, 1979. — 298 с.

2. Душанин, С.А. Система многофакторной экспресс-диагностики функциональной подготовленности спортсменов при текущем и оперативном врачебно-педагогическом контроле / С.А. Душанин. — М.: ФиС, 1986. — 24 с.

3. Функциональное состояние в спорте / И.В. Левшин [и др.] // ТиПФК. — 2013. — № 6.

4. Солодков, А.С. Физическая работоспособность спортсмена / А.С. Солодков. — СПб: СПбГАФК, 1995.

5. Heart rate variability. Standards of Measurements, Physiological Interpretation and Clinical Use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. — 1996. — 93. — P. 1043–1065.

6. Maron, B.J. The heart of trained athletes: cardiac remodeling and the risks of sports, including sudden death / B.J. Maron, A. Pelliccia // Circulation. — 2006. — V.114. — № 15. — P.1633–1644.

УДК 616-073.173

З.М. Сигал¹, В.В. Брындин², С.Ю. Мещанов¹, С.З. Сигал¹

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

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом профилактической медицины

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сигал Золтан Мойшевич — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (3412) 91-82-94, e-mail: sigalzm1944@gmail.com; Брындин Владимир Викторович — заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; Мещанов Сергей Юрьевич — аспирант кафедры; Сигал Софья Золтановна — студент лечебного факультета

Приведен обзор литературы по применению пульсоксиметрии в клинической практике. Рассматриваются вопросы по применению пульсоксиметрии в кардиологии, в кардиохирургии, при неотложных состояниях. Делается вывод, что пульсоксиметрия является быстрым, простым и информативным методом исследования функций сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: пульсоксиметрия; гипоксемия; диагностика

Z.M.Sigal¹, V.V.Bryndin², S.Yu. Meshchanov¹, S.Z.Sigal¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

²Department of Exercise Therapy and Medical Monitoring with a Course in Preventive Medicine

POSSIBILITIES OF APPLYING PULSE OXIMETRY IN CLINICAL PRACTICE (LITERATURE REVIEW)

Sigal Zoltan Moyshevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 8(3412) 91-82-94, e-mail: sigalzm1944@gmail.com; Bryndin Vladimir Viktorovich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; Meshchanov Sergey Yuryevich — Postgraduate; Sigal Sophia Zoltanovna — Student

Overview of literature about applications pulsometry in clinic practice is analyzed. Questions of applications pulsometry in cardiology, cardiosurgery, medical emergencies is studied out. Conclude, that pulsometry is fast, simple and informative research technique of function cardiovascular system.

Key words: pulse oximetry; hypoxemia; diagnostics

Разработка метода пульсоксиметрии в медицине. Одной из главных функций крови является ее газотранспортная функция, в частности, доставка кислорода к внутренним тканям и органам. Поэтому в медицине очень важным показателем для крови в живом организме является количество гемоглобина в эритроцитах, переносящего кислород [31,36,37,48].

Методы диагностики, позволяющие оценить количество гемоглобина, носят в медицине обобщенное название методов оксиметрии. Они могут базироваться на биохимических, масспектрометрических и др. принципах, но в последние 20–25 лет наибольшее распространение стали получать оптические спектрофотометрические методы ввиду простоты их реализации, деше-

визны, достаточно высокой точности, а также возможности проводить прижизненные неинвазивные измерения *in vivo* [17].

Пульсоксиметрия – метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови, основанный на различных спектральных свойствах оксигемоглобина и восстановленного гемоглобина [37].

При пульсоксиметрии измеряется изменение абсорбции света при пульсации артерии. Гемоглобин служит своего рода фильтром для светового потока, причем «цвет» и «толщина» его могут меняться. «Цвет» фильтра зависит от % содержания оксигемоглобина. На этом базируется способность пульсоксиметра устанавливать степень оксигенации крови [9,25].

На измерение «толщины» фильтра влияет рост объема крови в артериях и артериолах при каждой пульсовой волне. Врач определяет это как пульс, а пульсоксиметр – как «утолщение» фильтра [43].

Применение пульсоксиметрии в кардиологии. Пульсоксиметрия является наиболее доступным методом мониторинга больных. Во многих странах Европы и США пульсоксиметрия входит в стандарт обязательного мониторинга, так как надежно фиксирует эпизоды гипоксемии и позволяет своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия. Пульсоксиметрия служит надежным методом для контроля восстановления жизненных функций, прежде всего, адекватного кровообращения [21].

Компьютерная пульсоксиметрия является достаточно точным скрининговым методом диагностики среди больных кардиологического профиля.

Использование запястного пульсоксиметра является важной в диагностике хронической сердечной недостаточности, а точнее нарушения сатурации крови при данной патологии. У большинства больных выявлены признаки нарушения насыщения крови кислородом, такие как: среднее значение насыщения артериальной крови кислородом, повышение индекса и увеличение эпизодов десатурации, удлинение времени максимального постоянного периода снижения SpO_2 ниже 89% и недостаточное насыщение крови кислородом вне периодов циклических десатураций. В связи с этим раннее диагностирование данной патологии помогает назначить пациенту адекватную для него терапию с целью улучшения общего состояния и профилактики возможных осложнений [21].

При лечении стандартными препаратами выявляется снижение артериального давления и частоты сердечных сокращений, однако имеется побочный эффект в снижении сатурации. Соответственно выявляется необходимость в коррекции гипоксемии, возникающей после приема гипотензивных препаратов. Зачастую медики считают, что оксигенотерапия важна лишь при urgentных состояниях (острый инфаркт миокарда, отек легких, инсульт и др.), недооценивая её значение при других патологических процессах. Особенно это актуально на догоспитальном этапе (скорая медицинская помощь, поликлиника) [19].

Показатели насыщения крови кислородом необходимо оценивать не только у экстренных больных, но и у пациентов в стабильном состоянии с целью выявления хронической гипоксемии. Это позволит улучшить прогноз их жизни и вовремя назначить адекватную медикаментозную и кислородотерапию [20].

Некоторыми авторами выдвигается идея о применении пульсоксиметрии для диагностики нарушения дыхания во сне, в частности у пациентов с нарушениями сердечно-сосудистой системы [6,11,13,14, 32,35,38].

Сон провоцирует развитие гипоксемии, поскольку в это время межреберные мышцы выключаются из акта дыхания, и работает одна диафрагма. Если же у человека имеется избыточная масса тела, то в горизонтальном положении избыточные отложения жира в области живота давят на диафрагму, смещают ее в сторону легких и существенно ограничивают ее подвижность. Закономерно ухудшаются показатели насыщения крови кислородом во время сна у больных с недостаточностью кровообращения. Характерным проявлением этих нарушений является неравномерное дыхание с циклическими апноэ центрального генеза.

У полных людей во сне часто встречается еще одно опасное состояние – периодическое спадение дыхательных путей на уровне глотки. Данное заболевание называется синдром обструктивного апноэ сна [11].

Синдром обструктивного апноэ сна – состояние, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью [36].

Смертность от синдрома обструктивного апноэ сна, по данным статистики, составляет 6–8% [13].

У пациентов с системной артериальной гипертензией распространенность синдрома обструктивного апноэ сна варьирует от 40 до 60%, а при рефрактерных формах гипертонической болезни распространенность апноэ сна достигает 83%. У пациентов с ишемической болезнью сердца распространенность синдрома обструктивного апноэ сна составляет 38% [14].

Пульсоксиметрия может быть использована как скрининговый метод для определения нарушения дыхания во сне на основании вычисления индекса десатурации (количества десатураций в час) [26,40].

В ходе проведенных исследований в 57% случаев выявили синдром обструктивного апноэ сна у людей с жалобами на храп, нарушение сна. По показателям индекса десатурации можно определить тяжесть синдрома обструктивного апноэ сна и дальнейшую тактику ведения пациента [35].

Применение пульсоксиметрии в кардиохирургии. Пульсоксиметрия является одним из наиболее распространенных методов диагностики гипоксемии в анестезиологии и интенсивной терапии. Необходимость использования пульсоксиметров в операционной впервые доказал *Earl Wood* [21].

Пульсоксиметрия внесена в современные стандарты интраоперационного мониторинга как обязательная методика при любых видах хирургических вмешательств. Введение в широкую клиническую практику пульсоксиметров считается наиболее значительным достижением в мониторинге безопасности пациента за последние 15 лет [39].

В последние годы респираторные мониторы, использующие пульсоксиметрию конструктивно, объединяют с наркозно-дыхательной аппаратурой, что позволяет вести совместный контроль на одном дисплее параметров дыхания, газообмена и данных ИВЛ [16,33,44].

К достоинствам пульсоксиметрической оценки оксигенации крови относятся простота использования, возможность проведения непрерывного мониторинга, визуализация результатов и скрининговый анализ состояния сердечно-сосудистой системы, что нашло отражение и в рекомендациях по сердечно-легочной

реанимации 2010 года, где использование пульсоксиметрии рекомендуется в качестве метода оценки положения эндотрахеальной трубки и эффективности проводимых мероприятий [22]. Пульсоксиметр позволяет не подвергать больного риску гипоксемии и прекращать попытку интубации при снижении HbO_2 до 90–88%. После компенсации с помощью ИВЛ маской может быть предпринята повторная попытка интубации трахеи также под контролем газообмена пульсоксиметром [1,8]. Пульсоксиметрия так же может использоваться для изучения состояния кровообращения в отдельных органах. Имеются данные о возможности применения её в хирургии для определения жизнеспособности трансплантата. Полученные в ходе научно-исследовательских работ данные позволили научно обосновать критерии жизнеспособности тканей и органов по сатурации (SpO_2) кислородом гемоглобина артериальной крови [5,12,15,18,20,47].

Важно отметить, что операция с использованием искусственного кровообращения влияет одновременно на все компоненты системы транспорта кислорода: респираторный (отсутствие функции внешнего дыхания как причина снижения доставки кислорода, поражение легочной ткани), гемический (выраженная анемия вследствие кровопотери и гемодилюции), тканевой (гипотермия), циркуляторный (кардиоплегия). Это в свою очередь неизбежно приводит к повреждению наиболее кислородозависимой нервной ткани.

Снижение частоты неврологических осложнений кардиохирургических операций является неотъемлемой задачей, решаемой на стыке кардионеврологии и сердечно-сосудистой хирургии. Изменение технических условий выполнения операции на открытом сердце в перспективе призвано уменьшить риск церебральных эмболических осложнений. Правильный выбор оптимальной хирургической тактики у пациентов с сочетанным поражением коронарного и каротидного бассейнов должен снизить вероятность развития гипоперфузионных периоперационных мозговых осложнений [7,28].

Многие исследователи рекомендуют ориентироваться в первую очередь на показатели сатурации SpO_2 . На основании модели кислородного снабжения тканей именно по уровню SpO_2 можно судить о замедлении или полном прекращении утилизации кислорода. Именно поэтому использование пульсоксиметрического

наблюдения во время и после сердечно-сосудистых операций может позволить быстро принять решения о необходимости коррекции состояния пациента, и, в свою очередь, снизить процент неврологических осложнений [10].

Применение пульсоксиметрии при неотложных состояниях. Большой интерес в акушерстве и акушерской анестезиологии вызывает использование метода пульсоксиметрии для диагностики состояния внутриутробного плода во время родов. Неблагоприятные изменения степени насыщения гемоглобина крови кислородом и частоты сердечных сокращений плода являются важным свидетельством гипоксических состояний и могут служить объективным критерием оперативного родоразрешения [23,29,45].

Основной целью динамической оценки состояния плода в родах является своевременная диагностика гипоксии и профилактика ее последствий (интранатальной смерти, асфиксии новорожденного, отдаленных психо- и вазомоторных нарушений), особенно при ведении родов у беременных группы высокого риска (преэклампсия, плацентарная недостаточность, индуцированная беременность, экстракорпоральное оплодотворение, экстрагенитальная патология, в частности сердечно-сосудистой системы) [2,3].

Blair E. и соавт. еще в 1988 г. показали, что около 90% случаев детского церебрального паралича обусловлено интранатальной гипоксией [24].

В родах при пульсоксиметрии используют специальный датчик при проведении влагалищного исследования. Акушер способен оценить сатурацию плода в течение 2–4 мин при условии открытия шейки матки 3 см и более. Применение пульсоксиметрии позволяет значительно снизить частоту инвазивных процедур в родах [45,46].

На сегодняшний день доказана корреляция между сатурацией кислорода <30% и снижением значений pH в артериальной крови плода менее 7,13 [34,42]. С другой стороны было доказано, что при снижении SpO_2 менее 30% наблюдается уменьшение pH при заборе крови из предлежащей части плода менее 7,2, однако сразу после родов pH из артерии был в пределах нормы. Авторы полагают, что это связано с дефектом забора крови или дефектом измерения pH в малом количестве образца. Общая чувствительность фетальной пульсоксиметрии в диагностике гипоксии составила 40% [41].

Важно отметить, кислородное голодание – наиболее часто встречающееся состояние и при забо-

леваниях лёгких (бронхиальная астма, пневмония и др.), и при остром заболевании других систем организма (острый инфаркт миокарда с отёком лёгких и др.), и при травмах (черепно-мозговая, грудная клетка, живот и др.) [24,27,30,38]. Следовательно, измерение сатурации должно быть неотъемлемой частью клинического обследования пациента наряду с измерением артериального давления, частоты дыхания и пульса.

Особенно четко значимость оценки сатурации показала себя в 2009 г., когда стали встречаться тяжелые случаи гриппа А H1N1. На первичном приеме больного с признаками гриппа выявление десатурации гемоглобина позволяет сразу направить его в отделение интенсивной терапии. Аналогична тактика при пневмонии, отеке легких, интерстициальных нарушениях [4].

Таким образом, можно сделать вывод, что пульсоксиметрия является быстрым и простым, но в той же мере информативным методом исследования функции сердечно-сосудистой системы. Применение её возможно как в экстренных случаях (операционная, скорая помощь), так и в диагностике хронических заболеваний. На начальных этапах болезни в некоторых случаях только гипоксемия может свидетельствовать о развивающейся патологии. Вследствие этого расширение применения ее в различных сферах медицинской практики могло бы привести к улучшению качества оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Анестезия, реанимация и интенсивная терапия / пер. с англ.; под ред. Д. Кемпбелл, А. А. Спенс. – М.: Медицина, 2000. – 264 с.
2. Афанасьева, Н. В. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести / Н. В. Афанасьева, А. Н. Стрижаков // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 7–13.
3. Барашнев, Ю. И. Дети, родившиеся после экстракорпорального оплодотворения методом интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит / Ю. И. Барашнев, Л. Н. Кузьмичев // Рос. вестн. перинатол. и педиат. – 2001. – № 4. – С. 15–20.
4. Визель, А. А. Дыхательная и сердечная недостаточность: диагностические возможности клинической физиологии дыхания (клиническая лекция) / А. А. Визель // Consilium Medicum. – 2011. – Т. 13, № 1. – С. 85–88.
5. Возможности применения прямой оксиметрии для оценки состояния поджелудочной железы при остром панкреатите в эксперименте / С. А. Жидков [и др.] // Новости хирургии. – 2010. – Т. 18, № 3. – С. 9–16.
6. Данилова, О. С. Интранатальное состояние плода при хронической фетоплацентарной недостаточности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. С. Данилова. – М., 2001. – 24 с.
7. Дюба, Д. Ш. Предикторы ранних когнитивных нарушений у больных в послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования / Д. Ш. Дюба // Журнал неврологии им. Б. М. Маньковского. – 2013. – № 2. – С. 35–38.

8. Избранные вопросы по общей анестезиологии: методические рекомендации для клинических ординаторов, с правом переиздания / И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина. – Иркутский государственный медицинский университет, 2005. – 32 с.
9. Измерительные преобразователи биомедицинских сигналов систем клинического мониторинга: учебное пособие / под ред. А.А. Федотова, С.А. Акулова. – М.: Радио и связь, 2013. – 250 с.
10. Изменение и взаимосвязь показателей тканевого и циркуляторного компонентов системы транспорта кислорода в ближайшем послеоперационном периоде при операциях аортокоронарного шунтирования / И.Н. Пиксин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, № 6. – С. 551–555.
11. Компьютерная пульсоксиметрия в диагностике нарушений дыхания во сне: учебное пособие / Р.В. Бузунов [и др.]. – Ижевск, 2013. – С. 3–7.
12. **Крамер, Г.М.** Математические методы статистики / Г.М. Крамер. – М., 1975. – 220 с.
13. **Лёшина, Л.С.** Ночное мониторирование сна у оториноларингологических больных / Л.С. Лёшина // Российская оториноларингология. – 2012. – Т. 83, № 4. – С. 61–63.
14. Применение компьютерной пульсоксиметрии для скрининговой диагностики синдрома апноэ сна у пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в условиях санатория / И.В. Легейда [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2012. – № 4. – С. 77–79.
15. Прямая оксиметрия при экспериментальной кишечной непроходимости / В.Е. Корик [и др.] // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, № 2. – С. 3–8.
16. Ретроспективный анализ факторов риска ретинопатии недоношенных / Е.И. Сидоренко [и др.] // Российская педиатрическая офтальмология. – 2010. – № 1. – С. 13–16.
17. **Рогаткин, Д.А.** Физические основы оптической оксиметрии / Д.А. Рогаткин // Медицинская физика. – 2012. – № 2. – С. 97–114.
18. **Сигал, З.М.** Пульсоксиметрия большого сальника для профилактики несостоятельности швов анастомозов / З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 4. – С. 52–54.
19. **Сигал, З.М.** Пульсоксиметрия в практике кардиологической бригады скорой медицинской помощи / З.М. Сигал, С.Ю. Мещанов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 4. – С. 50–52.
20. Способ определения нарушений жизнеспособности органов и тканей желудочно-кишечного тракта: пат. № 2248746 от 27.05.2005 г. / З.М. Сигал, Э.В. Халимов.
21. **Шулькина, С.Г.** Использование пульсоксиметра для ранней диагностики нарушений сатурации крови кислородом у больных с ХСН / С.Г. Шулькина, А.Э. Коротаева, А.В. Овсяникова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – Т. 39, № 8. – С. 128–129.
22. **Шурыгин, И.А.** Мониторинг дыхания в анестезиологии и интенсивной терапии: практ. руководство / И.А. Шурыгин. – СПб.: Диалект, 2003. – 415 с.
23. **Эдокова, А.Б.** Функциональное состояние плода в родах при фетоплацентарной недостаточности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Б. Эдокова. – М., 2001. – 46 с.
24. **Blair, E.** Cerebral palsy in low-birthweight infants / E. Blair, F.J. Stanley // Dev. Med. Child. Neurol. – 1988. – Vol. 4 (30). – P. 550–552.
25. **Bradley, D.T.** Sleep apnea and heart failure: part 1: Obstructive sleep apnea / D.T. Bradley, J.S. Floras // Circulation. – 2003. – Vol. 107. – P. 1671–1678.
26. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults / S. Schutte-Rodin [et al.] // J. Clin. Sleep Med. – 2008. – Vol. 4 (5). – P. 487–504.
27. **Davidson, J.A.H.** Limitations of pulse oximetry: respiratory insufficiency – a failure of detection / J.A.H. Davidson, H.E. Hosie // BMJ. – 1993. – Vol. 307. – P. 372–373.
28. Factors affecting the course and outcome of serious forms of retinopathy of prematurity / I.B. Astasheva [et al.] // Abstract book of 35-th Annual Meeting of European Paediatric Ophthalmological Society. – Paris, 2009. – P. 69.
29. Fetal pulse oximetry and cesarean delivery / S.L. Bloom [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 2195–2202.
30. **Fernlej, S.D.** Pulse oximetry / S.D. Fernlej // Update in Anaesthesia. – 1998. – Vol. 3. – P. 10.
31. **Finch, C.A.** Oxygen transport in man / C.A. Finch, C. Lenfant // New Eng. J. Med. – 1972. – Vol. 286 (8). – P. 407–415.
32. **Freedman, N.** Treatment of obstructive sleep apnea syndrome / N. Freedman // Clin. Chest. Med. – 2010. – Vol. 31 (2). – P. 187–201.
33. **Fu, T.H.** Heart rate extraction from photoplethysmogram waveform using wavelet multi resolution analysis / T.H. Fu // Journal of medical and biological engineering. – 2008. – Vol. 28 (4). – P. 229–232.
34. **Gorenberg, D.M.** Fetal pulse oximetry: correlation between oxygen desaturation, duration, and frequency and neonatal outcomes / D.M. Gorenberg // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 189. – P. 136–138.
35. **Guilleminault, C.** The sleep apnea syndromes / C. Guilleminault, A. Tilkian, W.C. Dement // Ann. Rev. Med. – 1976. – Vol. 27. – P. 465–484.
36. **Hoppe-Seyler, F.** Über die chemischen und optischen Eigenschaften des Blutfarbstoffs (Ger) / F. Hoppe-Seyler // Arch. Pathol. Anal. Physiol. – 1864. – Vol. 29. – P. 233–251.
37. **Hufner, G.** Über die Bedeutung der in der vorigen Abhandlung vorgetragenen Lehre für die Spectroskopie und Photometrie des Blutes / G. Hufner // Arch. Physiol. – 1890. – N. 31. – P. 28–30.
38. **Logan, A.G.** High prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension / A.G. Logan, S.M. Perlikowski, A. Mente // J. Hypertens. – 2001. – V. 19. – P. 2271–2277.
39. **Malley, W.** Noninvasive Blood Gas Monitoring / W. Malley // Clinical Blood Gases, 1990. – P. 281–301.
40. **Nuber, R.** Predictive value of nocturnal pulse oximetry in sleep apnea screening / R. Nuber, J. Varvra, W. Karer // Schweiz. Med. Wochenschr. Suppl. – 2000. – Vol. 116. – P. 120–122.
41. **Seelbach-Gobel, B.** The prediction of fetal acidosis by means of intrapartum fetal pulse oximetry / B. Seelbach-Gobel // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 180. – P. 73–81.
42. **Siristatidis, C.** Alterations in Doppler velocimetry indices of the umbilical artery during fetal hypoxia in labor, in relation to cardiotocography and fetal pulse oximetry findings / C. Siristatidis // Arch. Gynecol. Obstet. – 2005. – Vol. 3 (272). – P. 191–196.
43. **Stokes, G.G.** On the reduction oxygenation of the colouring matter of the blood / G.G. Stokes // Philosoph. Mag. – 1864. – Vol. 28. – P. 391.
44. **Theis, F.J.** Biomedical signal analysis. Contemporary methods and applications / F.J. Theis, Anke Meyer-B. – The MIT Press, 2010. – 423 p.
45. **Valverde, M.** Effectiveness of pulse oximetry versus fetal electrocardiography for the intrapartum evaluation of nonreassuring fetal heart rate / M. Valverde // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. Reprod. – 2011. – Vol. 159. – P. 333–337.
46. **Vardon, D.** Fetal pulse oximetry: clinical practice / D. Vardon // Eur. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2008. – Vol. 7 (37). – P. 697–704.
47. **Vitin, A.A.** Anesthetic management of acute mesenteric ischemia in elderly patients / A.A. Vitin // Anesthesiol. Clin. – 2009. – Vol. 3 (27). – P. 551–567.
48. **Zijlstra, W.G.** Absorption spectra of human fetal and adult oxyhemoglobin, de-oxyhemoglobin, carboxyhemoglobin and methemoglobin / W.G. Zijlstra, A. Buursma, W.P. Meeuwse-van der Roest // Clin. Chem. – 1991. – Vol. 9 (37). – P. 1633–1638.

УДК 618.11-005.1-08:616-089.168.3

К. А. Бугаевский

Институт здоровья, спорта и туризма, Классический приватный университет, Украина
Кафедра физической реабилитации и здоровья

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Бугаевский Константин Анатольевич — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 74907, Украина, Херсонская область, г. Новая Каховка, ул. Горького, д. 34, кв. 68; тел + 38099-60-98-92; e-mail: apostol_luka@ukr.net.

В статье рассмотрены особенности немедикаментозного восстановительного лечения пациенток после проведённого хирургического лечения по поводу апоплексии яичника. Приведена программа комплекса средств и методов реабилитации, направленная на восстановление репродуктивной функции у пациенток.

Ключевые слова: пациентки; апоплексия яичника; немедикаментозное восстановительное лечение; физическая реабилитация

К. А. Bugaevsky

Institute of Health, Sports and Tourism, Classical Private University, Ukraine
Department of Physical Rehabilitation and Health

PRACTICAL ASPECTS OF NONDRUG REHABILITATION OF PATIENTS AFTER OVARIAN APOPLEXY

Bugaevsky Konstantin Anatolievich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 34, apt. 68, Gorkogo st., Novaya Kakhovka, Kherson region, 74907, tel.: + 38099-60-98-92; e-mail: apostol_luka@ukr.net

The article deals with the features of nondrug rehabilitation of patients after ovarian apoplexy and surgical treatment of this gynecological pathology requiring emergency medical care. The author presents the suggested set of rehabilitation tools and methods aimed at restoring reproductive function in patients who underwent surgery for ovarian apoplexy.

Key words: female patients; ovarian apoplexy; nondrug rehabilitation; physical rehabilitation

Апоплексия яичника — одно из неотложных состояний, наиболее часто встречающееся в гинекологической практике, требующее срочного хирургического вмешательства и последующей послеоперационной реабилитации [2, 4, 7]. Проблема апоплексии яичника сохраняет свою актуальность до настоящего времени, в связи со снижением возраста пациенток и неуклонной тенденцией увеличения этой патологии [3, 6]. Применение комплексной восстановительной терапии после перенесенной апоплексии яичника, направленной на регуляцию функции яичников, с учетом возраста и репродуктивного поведения пациентов, позволяет проводить профилактику рецидивов апоплексии яичника и способствует сохранению генеративной функции у женщин репродуктивного возраста [4–6].

Цель исследования: оценка эффективности немедикаментозного восстановительного лечения пациенток, перенесших апоплексию яичника и оперативное лечение.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 18 пациенток, средний возраст которых составил $27,1 \pm 2,3$ года. У всех пациенток была болевая апоплексия яичника, средней степени тяжести. Все были про-

оперированы urgently, после разрыва одного из яичников. Был подготовлен авторский вариант анкеты (К. А. Бугаевский), в который были включены вопросы, касающиеся психологического настроя пациенток до и после их оперативного лечения, ожиданий от проводимого комплекса физической реабилитации, сексуальной и репродуктивной функций, ощущений во время проведения комплекса проводимых реабилитационных мероприятий. Как средство физической реабилитации нами применялись ЛФК, в виде комплекса физических упражнений, с ограничением на натуживание и повышение давления в брюшной полости, специальные упражнения А. Кегеля по классической методике, гинекологический массаж по методике И. И. Бенедиктова и его модификации по М. Г. Шнайдерману [1, 2, 3]. Все методики физической реабилитации проводились в межменструальный период, в два этапа. Первый этап начинался с момента прекращения менструальных выделений и завершался за 2–3 дня до начала овуляции (согласно изменениям температурной кривой на графике измерения БТ или показателям теста на овуляцию). Второй этап начинался с момента фиксации завершения овуляции, гибели яйцек-

летки и начала постовуляторного периода менструального цикла по данным индивидуальных графиков измерения БТ и/или тестов на овуляцию. Нами в процессе проведения использовался тест на овуляцию марки «*SOLO®*» и «*Frautest Planning®*» [2, 4].

Результаты исследования и их обсуждение.

По результатам опроса и данным проведённого анкетирования, нами было установлено, что основными факторами риска развития апоплексии яичника являются ранее перенесенные искусственные (59,8%) и самопроизвольные аборт (21,2%); хронические воспалительные процессы матки и придатков (39,4%); нарушение менструальной функции (42,8%), а также перенесенные ранее гинекологические операции (28,0%), в том числе и апоплексия другого, противоположного яичника (14,8%). Кроме этого, в каждом четвертом случае развития апоплексии яичника она была после полового сношения. В других случаях женщины отмечали накануне заболевания психоэмоциональный стресс (26,0%) или тяжелые физические нагрузки (22,0%). У большинства опрошенных женщин отмечалась комбинация этиологических факторов. Клиническая симптоматика апоплексии яичника зависела от её формы: при болевой форме чаще всего имела место боль, преимущественно в правой подвздошной области (84,0%), с иррадиацией в эпигастральную область (22,0%) и поясничную (18,0%). При геморрагической форме боль иррадиировала в прямую кишку (62,0%), подложечную область (38,0%) и промежность (24,0%). Нарушения менструальной функции чаще встречались при геморрагической форме, а такие симптомы, как слабость, головокружение и тошнота были при всех формах апоплексии яичника. Так, у пациенток в исследуемой группе выявлен достаточно высокий уровень гинекологической заболеваемости, прежде всего за счет хронических воспалительных процессов репродуктивной системы и различных нарушений менструальной функции. Применение комплекса ЛФК, упражнений А. Кегеля, гинекологического массажа способствует усилению крово- и лимфообращения, профилактике и устранению спаек, которые могли образоваться после кровотечения, вследствие разрыва яичника [1, 2, 3, 4, 5]. Использование предложенной реабилитационной методики у пациенток с апоплексией яич-

ника позволяет через 3–4 месяца восстановить овуляторный менструальный цикл у 35,0% пациенток; через 6 месяцев – у 56,5%, через 12 месяцев – у 77,0% женщин. Через 9 месяцев после проведенного нами восстановительного лечения у 8 (44,4%) женщин была зафиксирована беременность и физиологические роды.

Вывод. Можно считать, что предложенный комплекс методов и средств физической реабилитации может быть предложен к практическому использованию в позднем послеоперационном периоде, на амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации, как один из ведущих факторов послеоперационного восстановления репродуктивной функции у женщин, после оперативного лечения апоплексии яичника.

Список литературы

1. **Абрамченко, В.В.** Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии / В.В. Абрамченко, В.М. Болотских. – СПб.: «Элби-СПБ», 2007. – С. 152–153.
2. **Бугаевский, К.А.** Обзор ряда методов немедикаментозного восстановительного лечения, применяемых в акушерстве и гинекологии / К.А. Бугаевский // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. – № 8–3 (28). – С. 14–21.
3. Апоплексия яичника и разрывы кист яичников / А.С. Гаспаров [и др.]. – М.: МИА, 2009. – 176 с.
4. **Гончарук, Н.В.** Физическая реабилитация женщин после овариэктомии / Н.В. Гончарук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. за ред. Єрмакова С.С. – 2003. – № 23. – С. 245–254.
5. **Гриценко, И.А.** Актуальность изучения реабилитации репродуктивного здоровья женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу апоплексии яичника / И.А. Гриценко // Материалы 68-й открытой науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 75-летию ВолГМУ. – Волгоград, 2011. – С. 238–239.
6. **Кох, Л.И.** Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников / Л.И. Кох, Н.В. Содномова // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2008. – С. 55–59.
7. **Кучерина, Н.С.** Оптимизация методики восстановления репродуктивной функции у больных с апоплексией яичника / Н.С. Кучерина, Н.И. Козуб // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: зб. наук. праць Кримського державного медичного університету ім.С. І. Георгієвського: стаття докл. – Симферополь: Изд. центр КГМУ, 2008. – Т. 144, ч. III. – С. 164–167.
8. **Тер-Овакимян, А.Э.** Репродуктивное здоровье женщин, перенесших апоплексию яичника / А.Э. Тер-Овакимян, Л.Д. Оразмурадова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 1. – С. 14–17.

УДК 616.37-002-036.12-02:325.111 (470.51)

О. Д. Михайлова¹, Н. Л. Баженова², Я. М. Вахрушев¹

¹ФБГОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

²БУЗ УР «Якшур-Бодьинская районная больница МЗ УР», Удмуртская Республика

ВЛИЯНИЕ УРБАНИЗАЦИИ НА ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Михайлова Ольга Дмитриевна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 89043168570, e-mail: yagr@udmlink.ru; Баженова Наталья Леонидовна — врач-терапевт; Вахрушев Яков Максимович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

Изучены особенности питания больных хроническим панкреатитом в городе Ижевске и сельских районах Удмуртской Республики. Выявлены различия в пищевых привычках, соблюдении режима питания, оценен риск развития хронического панкреатита и его сочетания с метаболическим синдромом, связанный с нарушением характера питания.

Ключевые слова: хронический панкреатит; метаболический синдром; характер питания; относительный риск

O. D. Mikhaylova¹, N. L. Bazhenova², Ya. M. Vakhrushev¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Propaedeutics of Internal Diseases

²Yakshur-Bodya Regional Hospital, Udmurt Republic

THE INFLUENCE OF URBANIZATION ON PECULARITIES OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN UDMURT REPUBLIC

Mikhaylova Olga Dmitrievna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 281, Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel.: 89043168570, e-mail: yagr@udmlink.ru; Bazhenova Natalya Leonidovna — Therapist, Vakhrushev Yakov Maksimovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department

The peculiarities of nutrition were studied in patients with chronic pancreatitis in the city of Izhevsk and rural areas of Udmurt Republic. We revealed the differences in eating habits and adherence to diet, estimated the risk of chronic pancreatitis and its combination with metabolic syndrome due to unbalanced diet.

Key words: chronic pancreatitis; metabolic syndrome; diet; relative risk

За 10 лет распространенность заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) в Российской Федерации (РФ) выросла в 1,5 раза, в Удмуртской Республике (УР) — в 2,1 раза. В городах УР произошел рост общей заболеваемости, связанной с патологией поджелудочной железы, на 103 %, первичной — на 246 %, в сельских районах на 145 % и 180 % соответственно [5]. Одновременно отмечен рост заболеваемости ожирением за 10 лет: общей в УР в 2,2 раза, в РФ — в 1,6 раза, первичной — в 2,3 и в 1,8 раза соответственно. Темпы роста заболеваемости ожирением в сельских районах УР несколько ниже, чем в республике: общая заболеваемость возросла в 1,9 раза, первичная — в 1,3 раза. Ожирение является одним из компонентов метаболического синдрома (МС), который, согласно мнению экспертов ВОЗ, в XXI веке выявляется у 10–30 % взрослого населения, приобретает характер неинфекционной эпидемии [4,8] и патогенетически взаимосвязан с хроническим панкреатитом (ХП) [1,2,7].

Согласно исследованиям проекта «Микробиом человека» [9], микробиота российских горожан существенно не отличается и схожа с тако-

вой у европейцев и американцев, появился даже термин «глобализация кишечника». У сельских жителей преобладают микроорганизмы, питающиеся пищевыми волокнами, и в целом состав микрофлоры разнообразнее и богаче, чем у горожан [10]. Кроме того, выявлено, что в патогенезе ожирения существенная роль принадлежит изменению микрофлоры кишечника, регулирующей чувство насыщения. Формирование микробиоты существенно зависит от качества и разнообразия питания [9]. Алиментарный фактор имеет важное значение в развитии как ХП, так и МС [1,6].

Цель исследования: сравнительное изучение пищевых привычек у больных с ХП и у больных с ХП с сопутствующим МС, проживающих в городской и сельской местности УР.

Материалы и методы исследования. Для осуществления поставленной цели нами обследовано 102 пациента: из них 24 больных ХП (10 мужчин и 14 женщин) и 24 больных ХП в сочетании с МС (9 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 27 до 65 лет, проживающих в сельских районах Удмуртской Республики. 26 пациентов с ХП (12 мужчин и 14 женщин) и 28 — с ХП в сочета-

нии с МС (13 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 24 до 60 лет составили группу респондентов – жителей города. Контрольную группу составили 22 практически здоровых человека в возрасте от 24 до 60 лет, проживающие в городе и сельской местности. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2011). Верификация МС проводилась согласно современным критериям ВНОК (2013). Для изучения особенностей питания пациентов была составлена специальная анкета, включавшая вопросы пищевых предпочтений пациентов, регулярности питания, соблюдения диеты и другие. По изучаемым факторам был рассчитан их относительный риск (ОР) для развития ХП и ХП в сочетании с МС – отношение $a/n1$ к $b/n2$, где a – частота встречаемости данного фактора среди пациентов, b – частота встречаемости данного фактора среди лиц контрольной группы, $n1$ – число пациентов, $n2$ – число лиц контрольной группы.

Результаты исследования и их обсуждение.

При изучении особенностей питания выявлено, что состав завтрака несколько различался в городе и селе (табл. 1). Сельские жители чаще едят каши на завтрак, реже – бутерброды с напитком, вариант «не успеваю позавтракать» сельскими респондентами выбран в 6 раз реже, чем городскими.

Пациенты села несколько чаще употребляли в пищу бульоны: 58,4% больных ХП, 53,3% больных ХП в сочетании с МС и 54% здоровых, тогда как в городе – 36,4%, 31,8% и 50,0% соот-

ветственно. Предпочтение макаронных изделий характерно для 11,3% больных ХП, 32,1% больных ХП в сочетании с МС и 20,3% здоровых сельской местности, для 31,8% пациентов с ХП, 36,4% – при ХП в сочетании с МС и 22,7% здоровых жителей города и явилось фактором риска для формирования ХП в сочетании с МС как в селе, так и в городе (ОР – 1,6 и ОР – 1,6). Мясо и мясные продукты жители города и села употребляли одинаково часто, ежедневный прием мяса существенно не влиял на возникновение заболевания. Частота употребления овощей также существенно не отличалась, но в селе редкий их прием стал фактором риска для развития ХП и ХП в сочетании с МС (табл. 2) (ОР – 7,0 при ХП и ОР – 6,1 при ХП в сочетании с МС).

Ежедневный прием сладостей чаще отметили городские жители: 45,5% пациентов с ХП и 50% пациентов с ХП в сочетании с МС, здоровые – 22,7% (ОР – 2,0 и ОР – 2,2), в селе – 37,3%, 31,1% и 47,2% соответственно.

Городские жители более внимательно относятся к составу и калорийности употребляемой пищи: тщательно изучают вышеуказанную информацию перед покупкой продуктов 23,1% пациентов с ХП, 31,8% пациентов с ХП в сочетании с МС и 22,7% здоровых в городе и лишь 7%, 9% и 5% соответственно в сельской местности. Частый прием пищи всухомятку оказался более характерен для жителей города (табл. 3) и явился фактором риска для развития ХП в сочетании с МС (ОР – 1,6).

Таблица 1. Состав завтрака респондентов города и села

Состав завтрака	Респонденты села			Респонденты города		
	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа
Каша и напиток	53,4%	39,8%	58,7%	22,7%	13,6%	31,8%
Бутерброды и напиток	29,3%	28,1%	19,2%	31,8%	40,9%	31,8%
Из одного напитка	12,5%	25,3%	17,1%	22,7%	27,4%	18,2%
Чаще позавтракать не успеваю	2,8%	3,8%	1,2%	18,2%	18,2%	18,2%

Таблица 2. Употребление в пищу овощей жителями города и села

Частота употребления овощей	Жители села			Жители города		
	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа
Ежедневно	25,9%	28,4%	43,8%	18,2%	31,8%	40,9%
2–3 раза в неделю	32,1%	34,7%	44,7%	59,1%	31,8%	31,8%
По возможности	15,9%	14,5%	7,8%	13,6%	22,7%	18,2%
Редко	26,1%	22,4%	3,7%	9,1%	13,6%	9,1%

Таблица 3. Частота приема пищи всухомятку у респондентов города и села

Еда всухомятку	Жители села			Жители города		
	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа	Больные ХП	Больные ХП в сочетании с МС	Контрольная группа
Часто	16,7%	12,5%	20,8%	31,8%	50,0%	31,8%
Периодически	62,5%	79,2%	62,5%	40,9%	31,8%	50,0%
Редко	20,8%	8,3%	16,7%	27,3%	18,2%	18,2%

Кроме того, опрошенные сельские жители чаще принимают пищу за столом, в спокойной обстановке, тогда как в городе 54,6% здоровых и по 59,1% пациентов с ХП и ХП с сопутствующим МС могут сочетать с едой просмотр телевизора и чтение книги, что может быть обусловлено более высоким темпом жизни городского населения [3].

Вывод. Согласно проведенному исследованию, важным способствующим фактором в развитии ХП, особенно ХП в сочетании с МС, является нарушение режима и характера питания, более выраженное у жителей города. Урбанизация должна учитываться при долгосрочном планировании мероприятий здравоохранения, в том числе при ХП.

Список литературы

1. Губергриц, Н.Б. Практическая панкреатология / Н.Б. Губергриц. – 2008. – 318 с.
2. Ивашкин, В.Т. Хронический панкреатит и стеатоз поджелудочной железы / В.Т. Ивашкин, О.С. Шифрин, И.А. Соколин. – М.: Литтерра, 2012. – 128 с.
3. Карташова, К.К. Жизнедеятельность населения в условиях урбанизации / К.К. Карташова // Экология урбанизированных территорий. – 2006. – № 1.
4. Лазебник, Л.Б. Метаболический синдром с позиции гастроэнтеролога / Л.Б. Лазебник, Л.А. Звенигородская, Е.Г. Егорова // Рус. мед. журнал. – 2005. – Т. 13, № 26. – С. 1706–1712.
5. Основные показатели состояния здоровья населения Удмуртской Республики за 2005–2015 гг. – Ижевск, 2006–2016.
6. Пищевое поведение больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом / О.Д. Михайлова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: материалы 21 объединенной Российской гастроэнтерологической недели 12–14 октября 2015 г., Москва. – 2015. – Т. 25, № 5. – С. 56.
7. Христич, Т.Н. Роль поджелудочной железы (нейро-эндокринной системы) в патогенезе метаболического синдрома / Т.Н. Христич, Т.Б. Кендзерская, З.А. Мельничук // Сучасна гастроентерол. – 2004. – № 1. – С. 10–16.
8. Шляхто, Е.В. Эпидемиология метаболического синдрома в различных регионах. Зависимость от используемых критериев и прогностическое значение / Е.В. Шляхто, А.О. Конради // Артериал. гипертензия. – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 95–112.
9. Bacterial rose garden for metagenomic SNP-based phylogeny visualization / D. Alexeev [et al.] // BioData Min. – 2015. – № 8. – P. 10.
10. Rural and urban microbiota: To be or not to be? / A.V. Tyakht [et al.] // Gut Microbes. – 2014. – № 5. – P. 351–356.

УДК 616.5-002-053.6-02:613.96

С.А. Вострикова

БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения МЗ УР», Удмуртская Республика

РОЛЬ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ПОДРОСТКОВ

Вострикова Светлана Александровна — заместитель директора; г. Ижевск, ул. Ленина, 178-85, тел. 8 (912) 853-14-37 e-mail: v17885@yandex.ru

Изучены медико-биологические и социально-гигиенические факторы у детей подросткового возраста с atopическим дерматитом. Обследовано 98 подростков 13-18 лет, страдающих atopическим дерматитом и 73 подростка I и II групп здоровья. Выявлены «управляемые» и «неуправляемые» факторы, оказывающие влияние на течение заболевания.

Ключевые слова: atopический дерматит; дети подросткового возраста; медико-биологические факторы; социально-гигиенические факторы

S.A. Vostrikova

Republic Center for Advanced Training and Retraining of Health Professionals, Udmurt Republic

THE ROLE OF MEDICOBIOLOGICAL AS WELL AS SOCIAL AND HYGIENIC FACTORS IN SEVERE COURSE OF ATOPIC DERMATITIS IN ADOLESCENTS

Vostrikova Svetlana Alexandrovna — Deputy Director; 178, apt.85, Lenina st., Izhevsk, tel.: 89128531437, e-mail: v17885@yandex.ru

We studied medicobiological as well as social and-hygienic factors in adolescents with atopic dermatitis. 98 adolescents aged 13-18 with atopic dermatitis and 73 adolescents of health groups I and II were examined. «Controllable» and «uncontrollable» factors that influence the course of the disease were identified.

Key words: atopic dermatitis; adolescents; medicobiological factors; social and hygienic factors

Увеличение распространенности atopического дерматита (АД) у детей и подростков является серьезной проблемой ввиду частого формирования тяжелых форм заболевания торпидных к терапии, негативного психоэмоционального статуса пациента, нарушений социальной адаптации

[2]. В Удмуртской Республике показатель общей заболеваемости АД у детей подросткового возраста вырос за последние 15 лет на 40% [3, 4].

Изучению этиологических факторов и патогенетических механизмов, лежащих в основе формирования данной патологии, посвящены

многие исследования [1, 5]. Вместе с тем, роль медико-биологических и социально-гигиенических аспектов в формировании тяжелого течения АД у детей подросткового возраста недостаточно изучена. Своевременное выявление прогностически-неблагоприятных факторов и прогнозирование течения АД позволит повысить эффективность диспансерного наблюдения и снизить количество подростков, страдающих тяжелыми формами заболевания.

Цель работы: на основе анализа медико-биологических и социально-гигиенических факторов определить степень их влияния на формирование тяжелого течения АД у детей подросткового возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 подростков 13–18 лет с легким, средне-тяжелым и тяжелым течением АД (I группа, наблюдения) и 73 подростка аналогичного возраста I и II групп здоровья (II группа, сравнения). Медико-биологические факторы изучались путем клинико-лабораторного обследования и анализа медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у-04), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у). Социально-гигиенические аспекты изучены путем анкетирования родителей подростков групп наблюдения и сравнения с применением специально разработанной анкеты. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ *Microsoft Office 2010, STATISTICA v.6.0. (StatSoft)*.

Для оценки влияния сочетаний факторов на течение АД применялся анализ Вальда, определялись информативность (R) и прогностический коэффициент (ПК).

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение особенностей медико-биологических и социально-гигиенических аспектов проводилось с позиций сопоставления показателей в группах наблюдения и сравнения, а также в группах пациентов с легким, средне-тяжелым и тяжелым течением АД. Нами выявлено, что у детей подросткового возраста с тяжелым течением АД достоверно чаще, чем у пациентов с легким ($p < 0,001$) и средне-тяжелым течением ($p < 0,001$) отмечались отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям (56,0%, 59,5%, 93,5%), высокий уровень ранней манифестации заболевания (28,0%, 66,7%, 100%),

высокая частота переносимых ОРВИ (32,0%, 35,7%, 67,7%), инфекционных энтероколитов (24,0%, 32,8%, 41,9%), пиогенных осложнений на коже (28,0%, 31,0%, 70,9%), повторных курсов антибактериальной терапии на первом году жизни (52,0%, 64,3%, 74,2%).

При изучении лабораторных особенностей выявлено повышение уровня сывороточного IgE у 64% подростков с АД. Показатели сывороточного IgE у детей с тяжелым течением АД были выше, чем при легком ($p < 0,001$) и средне-тяжелом ($p < 0,01$), составили $72,8 \pm 3,7$ МЕ/мл, $225,2 \pm 24,9$ МЕ/мл, $364 \pm 39,9$ МЕ/мл соответственно степени тяжести заболевания. В период дебюта заболевания средний уровень IgE оказался выше возрастной нормы при всех типах течения и увеличивался с возрастанием степени тяжести заболевания.

Положительные результаты на аллерген-специфические IgE антитела были получены у 90,9% детей группы наблюдения. Частота выявления и концентрация аллергенспецифических IgE к пищевым, бытовым, эпидермальным, пылевым аллергенам зависела от тяжести течения АД.

Оценка качества диспансерного наблюдения детей с АД с момента постановки диагноза показала низкую приверженность пациентов к лечению, как на начальных этапах развития заболевания, так и в последующем. Регулярное диспансерное наблюдение зарегистрировано лишь у каждого третьего пациента. Врачебные рекомендации по профилактике обострений в течение первых двух лет от начала заболевания в полном объеме выполняли 54,1% пациентов. Полное выполнение рекомендаций в дебюте заболевания преобладало в группе подростков, у которых в последующем сформировалось легкое течение.

Анализ социально-гигиенических аспектов показал, что большинство подростков группы наблюдения и сравнения воспитывались в полных семьях. Однако среди пациентов с тяжелым течением АД (25,8%) неполных семей было больше, по сравнению с легким (12,0%, $p < 0,001$) и средне-тяжелым (11,9%, $p < 0,001$). Количество матерей в возрасте старше 30 лет на момент рождения ребенка было выше у детей с тяжелым АД (8,0%, 4,9%, 25,8%). В группе подростков с тяжелым течением АД количество работающих матерей оказалось выше в 3 раза

(20,0% и 6,5%, $p<0,001$), частота курения в семье – в 1,5 раза (48% и 67,7%, $p<0,001$), наличие неудовлетворительных жилищно-бытовых условий – в 1,3 раза (60% и 45,2%, $p<0,001$), напряженная психоэмоциональная обстановка в семье – в 4,8 раза (8,0% и 38,7%, $p<0,001$), чем в группе подростков с легким течением заболевания.

Наличие статистически значимых различий показателей в группах пациентов с тяжелым и легким течением АД, корреляции с тяжестью течения, высоких R и ПК позволили выделить 14 прогностически-неблагоприятных факторов формирования тяжелого течения АД в подростковом возрасте. Из общего количества выявленных нами факторов 7 являются «управляемыми», т.е. поддающимися полной или относительной коррекции (отсутствие или непродолжительное грудное вскармливание, низкая медицинская активность пациента, частая острая инфекционная заболеваемость, нерациональная антибактериальная терапия, отрицательный психоэмоциональный климат в семье, работающая мать, курение в семье) и 7 – «неуправляемыми» (отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, возраст матери на момент родов 30 лет и старше, ранняя и тяжелая манифестация АД, высокий уровень IgE в период манифестации за-

болевания, высокий показатель положительных результатов на аллергенспецифические IgE , высокий показатель концентрации аллергенспецифических IgE , проживание в неполной семье).

Выводы. 1. На формирование тяжелого течения АД в подростковом возрасте оказывают влияние медико-биологические и социально-гигиенические факторы. 2. Выявление «управляемых» факторов формирования тяжелого течения АД с момента постановки диагноза необходимо для своевременной коррекции программы диспансерного наблюдения пациента.

Список литературы

1. Аравийская, Е. Р. Барьерные свойства кожи и базовый уход. Инновации в теории и практике / Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 6. – С. 135–139.
2. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / Л. С. Намазова-Баранова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 279–294.
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2001 году / отв. ред. С. Г. Шадрин [и др.]. – Ижевск: Вектор РМЦИС МЗ УР, 2002. – 239 с.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2014 году / ред. совет А. Д. Чуршин [и др.]. – Ижевск, 2015. – 282 с.
5. Кудрявцева, А. В. Анализ осведомленности врачей о диагностике и тактике лечения тяжелых форм атопического дерматита у детей и подростков / А. В. Кудрявцева // Аллергология и иммунология в педиатрии – 2017. – № 3 (50). – С. 17–22.

УДК: 616-008.61-002.3.053.2

Н. И. Ахмеджанова¹, Ш. М. Ибатова², И. А. Ахмеджанов³

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

¹Кафедра педиатрии № 3 и медицинской генетики

²Кафедра педиатрии № 4

³Кафедра детской хирургии

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Ибатова Шоира Мавляновна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 140100, г. Самарканд, ул. Зафарнома, 30, тел.: (+99890)604-32-91) e-mail: sh.ibatova@mail.ru; Ахмеджанов Исмаил Ахмеджанович — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

Дана оценка влияния сочетанного применения водной нагрузки, канефрона Н, региональной лимфатической антибиотикотерапии и электрофореза с 0,5% эуфиллином («почечный тюбаж») на некоторые показатели эндогенной интоксикации и функционального состояния почек при хроническом пиелонефрите, развившемся на фоне дисметаболической нефропатии. Проведено обследование 50 пациентов с хроническим пиелонефритом в возрасте от 4 до 15 лет. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от метода лечения. Сравнительная оценка результатов исследования функционального состояния почек и эндогенной интоксикации, проведенных после лечения, у детей с хроническим пиелонефритом в зависимости от способа лечения показала большую эффективность «почечного тюбажа» по сравнению с остальными методами терапии.

Ключевые слова: эндогенная интоксикация; функциональное состояние почек; региональная лимфатическая антибиотикотерапия; канефрон Н.

N.I. Akhmedzhanova¹, Sh.M. Ibatova², I.A. Akhmedzhanov³

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

¹Department of Pediatrics No.3 and Medical Genetics

²Department of Pediatrics No.4

³Department of Pediatric Surgery

NEW METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

Akhmedzhanova Nargiza Ismailovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Ibatova Shoiravna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 30 Zafarnoma st., Samarkand 140100, tel.: (+99890)604-32-91; e-mail: sh.ibatova@mail.ru; **Akhmedzhanov Ismail Akhmedzhanovich** – Doctor of Medical Sciences, Professor

The aim of the study was to evaluate the effect of combined use of water load + Canephron N+ regional lymphatic antibiotic therapy (RLAT) + electrophoresis with 0.5% euphylline («renal cleanse») on certain indices of endogenous intoxication and functional state of the kidneys in chronic pyelonephritis which developed secondary to dysmetabolic nephropathy. A total of 50 children aged between 4 and 15 with dysmetabolic chronic pyelonephritis were examined. Patients were divided into 4 groups depending on the method of treatment. A comparative evaluation of the results of the study of the functional state of the kidneys and endogenous intoxication which were conducted after the treatment showed a greater effectiveness of «renal cleanse» in comparison with other methods of therapy.

Key words: endogenous intoxication; functional state of the kidneys; regional lymphatic antibiotic therapy; Canephron N

В последние десятилетия значительно возросла доля маломанифестных и латентных форм течения ренальной инфекции, протекающей на фоне врожденных аномалий органов мочевой системы (ОМС), дисметаболической нефропатии (ДМН), что требует индивидуальных подходов к диагностике и ведению таких больных [5, 6, 10]. У пациентов с вторичным хроническим пиелонефритом (ХП) сохраняется высокий риск развития хронической болезни почек (ХБП) с формированием хронической почечной недостаточности (ХПН) и снижением качества жизни уже в детском возрасте [3, 4, 9]. По России распространенность ДМН составляет от 27 до 64% всех заболеваний мочевыделительной системы у детей; в практике педиатрии признаки обменных нарушений в моче встречаются практически у каждого третьего ребенка [1, 2, 7]. В Узбекистане в структуре ДМН наиболее распространенной является оксалатная кристаллурия, на которую приходится 68–71%, 15% составляет уратурия, 9–10% – фосфатурия и от 5 до 3% цистинурия [8]. По данным Р.С. Кузбекова (2008), Е.Г. Кузнецовой (2007), при исследовании 128 пациентов с ХП, наблюдавшихся ими, у 60 (46,9%) заболевание сформировалось на фоне ДМН, у 40 (31,2%) – на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, у 28 (21,9%) – на фоне обструктивных уропатий (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз, гипоплазия и аплазия почки, подковообразная почка, поясничная дистопия почки и др.).

Всё вышесказанное свидетельствует о том, что ХП, сформированный на фоне ДМН, у детей

на сегодняшний день остаётся одной из самых актуальных проблем практического здравоохранения, решение которой имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Цель исследования: комплексная оценка клинических, биохимических показателей, парциальных функций почек и показателей эндогенной интоксикации при ХП у детей в зависимости от характера проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 50 детей в возрасте от 4 до 14 лет. Пациенты были условно разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу вошли 18 пациентов, которые получали общепринятую терапию (в первые трое суток обычно ампициллин в/м, после получения результатов бактериологического исследования – антибактериальный препарат в зависимости от чувствительности возбудителя). 2-я группа – 15 пациентов, которым антибиотики вводились лимфотропным способом, а 3-я – 17 пациентов, получавших региональную лимфотическую антибиотикотерапию (РЛАТ) в комплексе с канефроном. Исследования показателей эндогенной интоксикации (ЭИ) и функционального состояния почек (ФСП) проводились у всех детей до и после лечения.

Клубочковая фильтрация почек определялась по клиренсу эндогенного креатинина (*Van Slayke*), креатинин крови и мочи – по суммарному содержанию хромогенов, основанному на реакции ЯФФЕ (Е.Д. Пономарёва с соавт., 1969). Осмолярность мочи определялась криоскопическим методом на аппарате ОМК-1, Ц-01.

Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н. В. Дмитриевой (1966).

Расчёт суточной экскреции оксалатов проводился по формуле

$$(\text{кол-во перманганата калия (KMgO}_4) \times 0,63) - 0,1 \times \text{Д} / 2 = \text{мг оксалатов в сутки,}$$

где 0,63 – постоянный коэффициент; Д – диурез.

Определение молекул средней массы проводили по методу И. И. Жаденова (2002 г.), С-РБ – по методу латексной иммунонефелометрии на анализаторе *BN-ProSpec*, общий белок крови определяли азотометрическим: классическим методом Кьельдаля (1883) и его модификацией; общий альбумин измеряли флуоресцентным методом (Ю. А. Миллер, Г. Е. Добрецов, 1992). Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием компьютерных статистических программ *Excel*.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительная оценка показателей ЭИ и ФСП, в зависимости от способа лечения, показала: у детей, получавших общепринятую терапию (1-я группа), перед выпиской из стационара уровень средних молекул (СМ), общей концентрации альбумина (ОКА), С-реактивного белка, а также ФСП практически не изменялся ($p_1 > 0,1$). Более положительные сдвиги показателей эндогенной интоксикации у больных мы выявили на фоне использования РЛАТ (2-я группа). Наблюдалось достоверное снижение уровня СМ, С-реактив-

ного белка, повышение ОКА ($p_1 < 0,001$) и достоверное повышение показателей клиренса по эндогенному креатинину ($p_1 < 0,001$), осмолярности мочи ($p_1 < 0,001$). Кроме того, отмечалось увеличение суточного диуреза ($p_1 < 0,001$), по сравнению с аналогичными показателями до лечения. В целом, использование РЛАТ у детей, страдающих вторичным ХП на фоне ДМН оказывало положительное влияние на показатели ЭИ и ФСП, в большей степени на уровень СМ, С-реактивного белка и клиренса по эндогенному креатинину, но в меньшей степени на уровень оксалурии.

Пациенты 3-й группы получали канефрон помимо РЛАТ. Мы наблюдали положительную динамику всех изучаемых показателей ЭИ и ФСП в этой группе. Так, показатели СМ, ОКА и С-реактивного белка не только достоверно улучшились по отношению к соответствующим показателям до лечения и к показателям после общепринятого лечения ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$), но и достигли уровня здоровых детей ($p > 0,1$). В данной группе нами было также выявлено значительное улучшение показателей ФСП ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,01$) и оксалурии ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$), которые также приблизились к нормативам после комплексного лечения ($p > 0,1$).

Всё это позволяет предполагать высокую эффективность предложенных методов терапии при вторичном ХП у детей (РЛАТ и РЛАТ + канефрон) в отношении ЭИ и ФСП.

Таблица. Динамика показателей парциальных функций почек у пациентов с хроническим вторичным необструктивным пиелонефритом (ХВНПН) в зависимости от метода лечения ($X \pm m$)

Показатель	Здоровые дети	До лечения	После лечения		
			I группа (n=18)	II группа (n=15)	III группа (n=17)
СКФ, мл/мин.	98,6±7,8	68,11±1,16 $p < 0,05$	71,0±2,3 $p_1 > 0,1$	78,8±1,6 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$	85,5±2,8 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$
Осмолярность мочи, ммоль/л	1000±200	623,46±21,0 $p < 0,001$	680,8±40,2 $p_1 > 0,1$	813±23,8 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$	975,6±37,6 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$
Суточный диурез, л/сут.	1,7±0,036	1,02±0,028 $p < 0,001$	1,03±0,05 $p_1 > 0,1$	1,41±0,05 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,01$	1,4±0,027 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,01$
Оксалурия, мг/сут.	25±2,4	43,8±2,6 $p < 0,001$	33,3±3,8 $p_1 > 0,1$	29,09±1,06 $p_1 < 0,001$, $p_2 > 0,1$	26,3±0,5 $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$

Примечание: p – достоверность различия между показателями здоровых детей и с хроническим пиелонефритом, p_1 – достоверность различия между показателями до и после лечения, p_2 – достоверность различия между традиционной терапией и РЛАТ.

Выводы. 1. При ХВНПН развивается нарушение функционального состояния почек, что требует изыскания новых подходов к лечению, направленных на уменьшение воздействия на функции почек антибиотикотерапии и обязательное использование канефрона.

2. В периоде обострения ХП у детей показатели ЭИ характеризовались значительным снижением общего альбумина плазмы крови и повышением уровня СМ и С-РБ в плазме крови. Полученные результаты доказывают диагностическую значимость исследованных показателей ЭИ, что позволяет рекомендовать их, в том числе, и для оценки процедур детоксикации.

3. РЛАТ является высокоэффективным методом терапии ХВНПН, оказывает позитивное влияние на основные показатели функции почек и эндогенной интоксикации: СКФ, осмолярность мочи, уровень СМ, общий альбумин и С-РБ, причём эти результаты достигаются при одновременном уменьшении суточной и курсовой дозы антибиотика.

4. Применение канефрона в комплексе с РЛАТ при ХВНПН является наиболее приемлемым методом терапии. Этот метод приводит к восстановлению показателей суточного диуреза, оксалурии, оказывает положительное влияние на состояние СКФ, осмолярность мочи и показатели эндогенной интоксикации: уровень СМ, общий альбумин и С-РБ.

Список литературы

1. **Баранов, А.А.** Достижения и перспективы развития нефрологии детского возраста / А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – № 6. – С. 20–24.
2. **Баранов, А.А.** Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А.А. Баранов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
3. **Баранов, А.А.** Детская инвалидность в России / А.А. Баранов // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов XIV Конгресса педиатров России с международным участием. – М., 2010. – С. 63.
4. **Вялкова, А.А.** Современные представления о тубулоинтерстициальных нефропатиях и концепция хронической болезни почек в педиатрической нефрологии / А.А. Вялкова // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 3. – С. 129–131.
5. **Гендлин, Г.Е.** Ультразвуковое исследование почек: возможности и границы метода / Г.Е. Гендлин // Клиническая нефрология. – 2009. – № 2. – С. 17–25.
6. **Голев, Г.Д.** Формирование регистра пациентов с додиализной стадией ХПН: первая оценка результатов / Г.Д. Голев // Нефрология и диализ. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 370–371.
7. **Длин, В.В.** Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей / В.В. Длин. – М.: Оверлей, 2005. – 232 с.
8. **Зайкова, Н.М.** Факторы риска и патогенетические механизмы формирования и прогрессирования рефлюкс-нефропатии у детей / Н.М. Зайкова // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2008. – № 1. – С. 63–69.
9. **Кузбеков, Р.С.** Комплексное медико-социальное исследование заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы и мероприятия по их профилактике: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.С. Кузбеков. – М., 2008. – 24 с.
10. **Кузнецова, Е.Г.** Показатели макро- и микроэлементного состояния у детей с хроническим пиелонефритом и дисметаболической нефропатией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Кузнецова. – Иваново, 2007. – 22 с.

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*.