



ISSN 1994-8921

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

**N°3
2016**

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

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
SPECIAL EDITION

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 3

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2016

IZHEVSK • 2016

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

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

EDITORIAL COUNCIL

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

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

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

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

© ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2016

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Ширококова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 19.09.2016. Подписано в печать 27.09.2016.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 13,9. Уч.-изд. л. 12,1.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в МУП г. Сарапула «Сарапульская типография»
427900, г. Сарапул, ул. Раскольников, 152.
Цена свободная.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерство здравоохранения Удмуртской Республики

*Ministry of health of the Russian Federation
Izhevsk state medical academy
Ministry of health of the Udmurt Republic*

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

*Материалы международной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию заслуженного врача РФ,
заслуженного работника здравоохранения УР, ректора
доктора медицинских наук, профессора Н.С. Стрелкова*

28 сентября 2016 г.

г. Ижевск

TRAINING HEALTH PROFESSIONALS. PROVIDING AVAILABILITY AND QUALITY OF MEDICAL CARE

*Materials of the International scientific and practical conference
dedicated to the 65th birthday of an Honoured Doctor of the Russian Federation,
Honoured Health Care Worker of the Udmurt Republic, rector,
Doctor of Medical Sciences, professor N. S. Strelkov*

September 28, 2016

Izhevsk

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Сопредседатели:

- **Стрелков Николай Сергеевич** – ректор ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
- **Чуршин Алексей Дмитриевич** – министр здравоохранения УР доктор медицинских наук

Члены организационного комитета:

1. **Шкляев Алексей Евгеньевич** – проректор по научной работе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
2. **Горбунов Юрий Викторович** – проректор по последипломному и дополнительному образованию ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
3. **Пенкин Николай Павлович** – проректор по экономическим и социальным вопросам ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» кандидат экономических наук, доцент;
4. **Урмацких Максим Анатольевич** – проректор по безопасности и режиму ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»;
5. **Мальчиков Аркадий Яковлевич** – заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
6. **Демина Татьяна Юрьевна** – заместитель министра здравоохранения УР;
7. **Михайлова Надежда Александровна** – главный врач БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР кандидат медицинских наук;
8. **Шадрин Сергей Геннадьевич** – исполнительный директор Удмуртского территориального фонда ОМС;
9. **Соболева Алевтина Александровна** – начальник отдела по международным связям ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»;
10. **Попова Наталья Митрофановна** – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
11. **Данилова Ксения Александровна** – директор центра практических умений ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» кандидат медицинских наук;
12. **Ивонина Елена Валерьевна** – председатель первичной профсоюзной организации кандидат медицинских наук, доцент;
13. **Гаврилов Владимир Александрович** – директор Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

ORGANIZING COMMITTEE

Co-chairs:

- **Strelkov Nikolay Sergeevich** – rector of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, professor;
- **Churshin Alexey Dmitriyevich** – minister of health of the Udmurt Republic, Doctor of Medical Sciences

Organizing committee members:

1. **Shklyayev Alexey Yevgenyevich** – vice-rector for scientific research, Doctor of Medical Sciences, professor;
2. **Gorbunov Yuri Viktorovich** – vice-rector for postgraduate and supplementary education, Doctor of Medical Sciences, professor;
3. **Penkin Nikolay Pavlovich** – vice-rector for economical and social work, associate professor, Candidate of Economical Sciences;
4. **Urmatskikh Maxim Anatolyevich** – vice-rector for safety;
5. **Malchikov Arkady Yakovlevich** – head of the department of surgical diseases of the faculty of advanced training for doctors Doctor of Medical Sciences, professor;
6. **Demina Tatyana Yuryevna** – deputy minister of health of the Udmurt Republic;
7. **Mikhailova Nadezhda Alexandrovna** – head doctor of the Republic clinical hospital No.1, Candidate of Medical Sciences;
8. **Shadrin Sergey Gennadyevich** – managing director of the Regional fund of compulsory health insurance of the Udmurt Republic;
9. **Soboleva Alevtina Alexandrovna** – head of the International Office;
10. **Popova Natalia Mitrofanovna** – head of the department of public health and health care service, Doctor of Medical Sciences, professor;
11. **Danilova Xenia Alexandrovna** – director of the centre for practical skills, Candidate of Medical Sciences;
12. **Ivonina Yelena Valeryevna** – chairperson of the local trade union organization associate professor, Candidate of Medical Sciences;
13. **Gavrilov Vladimir Alexandrovich** – director of the Udmurt branch of JSC «Insurance company «SOGAZ-Med»

Глубокоуважаемый Николай Сергеевич!



От имени руководства и жителей Удмуртии искренне поздравляю Вас с юбилейным днём рождения!

Есть замечательная поговорка: «Где родился, там и пригодился». Мне известно, что за долгие годы работы в медицине и образовании Вам поступали десятки интересных предложений продолжения карьеры в крупных городах нашей страны и за рубежом, но Вы решили, что накопленный опыт, профессиональные знания и организаторские способности в первую очередь должны быть использованы на родине.

Известный детский хирург, успешный руководитель высшего учебного заведения, популярный общественный деятель, Вы сегодня являетесь одним из самых авторитетных людей республики. Знаю Вас давно и высоко ценю Ваши личные качества. В Вас гармонично сочетаются интеллигентность и образованность, отзывчивость и обязательность, принципиальность и целеустремлённость.

Выражаю Вам признательность за вклад в развитие медицинской науки, здравоохранения и высшего образования в регионе. Сегодня возглавляемая Вами Ижевская государственная медицинская академия по праву входит в число ведущих вузов России и успешно развивается даже в непростых экономических условиях.

Благодарю Вас за многогранную деятельность в Комиссии по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Общественной палаты нашей страны. Вы активно участвуете в работе всеудмуртской ассоциации «Удмурт кенеш» и достойно представляете наш народ в финно-угорском мире.

От всей души хочу пожелать Вам, Николай Сергеевич, новых успехов во всех делах, крепкого здоровья на долгие годы и надёжных друзей!

Глава Удмуртской Республики **А.В. Соловьёв**



Уважаемый Николай Сергеевич!



От всей души поздравляю Вас с юбилеем!

Ваш вклад в развитие медицинского образования в Удмуртской Республике поистине огромен. С 1993 года Вы возглавляете Ижевскую государственную медицинскую академию, которая благодаря Вашим усилиям укрепила свои позиции в рейтинге лучших вузов отрасли. Выпускники академии являются гордостью многих ведущих государственных лечебных учреждений, частных клиник и научно-исследовательских центров России. Приоритетом в Вашей работе является поддержание высочайшего уровня качества подготовки специалистов. Результатом Вашей деятельности на этом направлении стало успешное прохождение сертификации по международным стандартам в 2012 году. Более того, по Вашей инициативе в ИГМА началась реализация программ по обучению зарубежных студентов, что, несомненно, повысило статус вуза и в целом положительно сказалось на авторитете республики.

От имени Министерства здравоохранения УР и большого коллектива медицинских работников Удмуртии искренне желаем Вам крепкого здоровья, отличного самочувствия и неиссякаемой энергии в деле воспитания новых поколений медицинских работников!

Министр здравоохранения УР **А.Д. Чуршин**

Dear Nikolay Sergeevich!

On behalf of the authorities and people of the Udmurt Republic I'd like to offer you sincere congratulations on your birthday!

There is a notable saying that a person is born in the place he's fitted for. I know that during many years of your work in medicine and education dozens of interesting offers were made to you to advance your career in major cities of this country and abroad, but you decided that the gained experience, professional knowledge and organizational abilities should be used first and foremost in your native land.

Being a well-known pediatric surgeon, a successful leader of a higher education institution, a popular public figure, at present you are one of the most authoritative people of the republic. I have known you for a long time and much appreciate your personality traits. You combine harmoniously refinement and erudition, sensitivity and responsibility, adherence to principles and purposefulness.

I would like to express my gratitude for your contribution to the development of medical science, health care service and higher education in our region. Today, Izhevsk State Medical Academy which you head is deservedly rated as one of the leading institutions of higher education in Russia and develops successfully despite the difficult economic conditions.

I would like to thank you for your versatile activity on the Committee on health protection, physical culture and popularization of a healthy life style of the Public Chamber of the Russian Federation. You take an active part in the work of All-Udmurt association «Udmurt kenesh» and worthily represent our people in the Finno-Ugric world.

Nikolay Sergeevich, with all my heart I wish you excellent health and every success in your work! May you have trusted friends and inexhaustible energy!

Head of the Udmurt Republic **A.V. Solovyov**



Dear Nikolay Sergeevich!

With all my heart I wish you a very happy birthday!

Your contribution to the development of medical education in the Udmurt Republic is great. You have been heading Izhevsk State Medical Academy since 1993. Due to your efforts the academy has consolidated its position among the best medical schools. The graduates of the academy are the pride of many leading state medical institutions, private clinics and scientific research centers. Maintaining the highest quality of training professionals is the priority in your work. Your activities in this field resulted in successful completion of certification according to international standards in 2012. Furthermore, you initiated the implementation of the programs of training foreign students in Izhevsk State Medical Academy, which, undoubtedly, raised the status of the institution and had a positive effect on the prestige of the republic.

Under your leadership the number of highly qualified faculty members has increased, technical and other educational facilities have been improved.

Dear Nikolay Sergeevich, on behalf of the Ministry of Health of the Udmurt Republic and myself I wish you excellent health and good cheer! May you have inexhaustible energy to educate new generations of medical practitioners!

Minister of health of the Udmurt Republic,
Doctor of Medical Sciences **A. D. Churshin**

*Уважаемый Николай Сергеевич,
примите от коллектива Ижевской государственной медицинской академии
сердечные поздравления с 65-летием!*



В течение 23 лет Стрелков Николай Сергеевич возглавляет один из ведущих медицинских вузов страны – Ижевскую государственную медицинскую академию. За эти годы им внесен значительный вклад в эффективную организацию образовательного процесса, укрепление материально-технической базы академии, сохранение лучших традиций отечественной системы образования, высокое качество подготовки специалистов.

Николай Сергеевич окончил ИГМИ в 1974 году, получив специальность «Врач-лечебник». Высокая работоспособность, большая требовательность к себе и коллегам способствовали его быстрому росту как преподавателя, клинициста и руководителя. С 1985 года педагогическую деятельность совмещал с должностью заместителя декана, а впоследствии – декана педиатрического факультета, в 1991 – проректора по учебной работе, а в 1993 году он избран ректором института (академии), которым руководит до настоящего времени. С 2002 по 2011 год Н.С. Стрелков возглавлял кафедру хирургических болезней детского возраста, являлся руководителем СНО.

За годы его ректорства в академии подготовлено более 10000 врачей, повысили квалификацию 20000 врачей не только Удмуртской Республики, но и Республик Башкортостан, Татарстан, Марий-Эл, Коми, Кировской области, Пермского края и других регионов. В ИГМА в одной из первых в России внедрен целевой прием студентов, сохранена система трудоустройства выпускников. С 2009 года в академии функционирует центр практических умений, завершается формирование центра аккредитации выпускников и врачей. Развивается международное сотрудничество с 16 зарубежными университетами.

С 2007 года по настоящее время он – председатель комиссии по здравоохранению и здоровому образу жизни Общественной палаты Удмуртской Республики. В 2014 году избран в Общественную палату Российской Федерации от Удмуртской Республики. С 2014 года входит в региональный штаб Общероссийского народного фронта.

На протяжении 6 лет Н.С. Стрелков был председателем Совета ректоров вузов УР, в настоящее время входит в состав коллегий МЗ УР, Минобрнауки УР, Президиума Удмуртского научного центра Уральского отделения Академии наук РФ. В течение 16 лет является членом Международного консультативного комитета финно-угорских народов и руководителем комиссии «Здоровье, демография, экология». Он – главный редактор международного журнала «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов», член редакционных советов журналов «Морфологические ведомости» (Москва-Берлин), «Проблемы экспертизы в медицине» (Ижевск), «Здравоохранение Башкортостана» (Уфа), «Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации» (Москва).

Под руководством и консультированием Николая Сергеевича выполнены 6 докторских и более 20 кандидатских диссертаций, опубликовано более 760 печатных работ, из них 7 монографий, 26 учебно-методических изданий, редактор 27 сборников. Он автор 62 патентов на изобретения, 38 рационализаторских предложений, которые применяются в медицинских организациях России и за рубежом. Н.С. Стрелков является лауреатом Государственной премии УР в области науки и техники за разработку и внедрение щадящих методов хирургического лечения детей, с 2001 года – Почетным академиком Польской Академии наук, Почетным академиком ИГМА. В 1998 году оргкомитет Международной программы «EARTHMAKER» (Париж) удостоил ИГМА международной награды в номинации «За прогресс и динамику развития в новых экономических условиях», а ректора – премии в номинации «За мудрость и дальновидность политики управления». Это свидетельство принадлежности к элитному числу лидеров учебных и научных учреждений. В 1999 году присуждена премия «Серебряный папирус» (Женева), «За вклад в подготовку кадров» (Вена, Оксфорд). В 2014 году ему присуждена Государственная премия Кировской области.

В 2007 году Николай Сергеевич избран председателем комиссии Общественной палаты при Президенте Удмуртской Республики по здравоохранению и здоровому образу жизни. Ему присвоены звания «Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики», Почетный профессор Самаркандского государственного медицинского института (Узбекистан), «Заслуженный врач Российской Федерации»; он награжден медалями «55 лет Спецстрою России» Федерального агентства специального строительства, «За верность долгу и Отечеству», «За заслуги в развитии медицины и здравоохранения». За подготовку квалифицированных медицинских кадров неоднократно награждался почетными грамотами Правительства, Государственного Совета Удмуртской Республики, Республики Марий-Эл, Московской области. Имеет квалификацию «Врач высшей категории».

Коллектив академии искренне поздравляет Вас с 65-летием! Вы достигли больших успехов, каждым днем своей жизни доказывая, что трудом и добросовестным отношением к делу можно добиваться высоких целей! Ваш бесценный опыт, высокий уровень профессионализма и готовность помочь в любой ситуации делают Вас примером для подражания. Пусть все Ваши дальнейшие планы непременно воплотятся в реальность, будущее принесет успех и удовольствие от проделанной работы, удача ярко освещает Ваш жизненный путь, а хорошее настроение и благополучие останутся спутниками Вашей жизни долгие, долгие годы!

***Dear Nikolay Sergeevich! Please accept the heartiest congratulations
from the staff of the academy on your 65th birthday!***

Strelkov Nikolay Sergeevich has been at the head of Izhevsk State Medical Academy – one of the leading medical higher education institutions in the country – for 23 years. During this period he has made a significant contribution to the effective educational process management, upgrading of facilities, preservation of the best traditions of the national education system and high quality medical specialist training.

Nikolay Sergeevich Strelkov graduated from ISMI with specialty «General Practitioner» in 1974. High capacity for work, self-discipline and insistence on high standards promoted his rapid professional development as a teacher, clinician and manager. Since 1985 he combined teaching work with a position of the Associate Dean and the Dean of the Faculty of Paediatrics afterwards; in 1991 he became the Vice-rector for academic work. In 1993 he was unanimously elected as the Rector of the Institute (the Academy) he has been leading up to the present day.

From 2002 to 2011 N.S. Strelkov headed the Department of Children Surgical Diseases and Student Research Society.

During the period the Academy has trained more than 10 thousand doctors, advanced skills of 20 thousand doctors not only from the Udmurt Republic, but also from the Republic of Bashkortostan, Tatarstan, the Mari El Republic, the Komi Republic, the Kirov Region, the Perm Kray and other regions. The Academy was one of the first in Russia which implemented reception of students for employer-sponsored education and preserved graduate employability system. Since 2009 the Practical Skills Centre has been working at the Academy. Organization of the Centre of Accreditation for Graduates and Doctors has almost been completed. International cooperation with 16 foreign universities is being currently developed.

From 2007 until now N.S. Strelkov has been the Chairman of the Committee on the Healthcare Service and Healthy Lifestyle in the Civic Chamber of the Udmurt Republic. In 2014 he was elected in the Civic Chamber of the Russian Federation from the Udmurt Republic. Since 2014 he has been the member of the Regional Staff of the All-Russia People's Front.

For 6 years Strelkov N.S. has been the Chairman of the Council of Rectors in Udmurtia. At the present time he is the member of the Collegium of Ministry of Health of the Udmurt Republic, Ministry of Education and Science, Udmurt Scientific Centre of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences. For 16 years he has been the member of the International Advisory Committee of Finno-Ugric people and the head of the Committee «Health, Demography and Ecology». He is the Editor-in-Chief of the international journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric people», a member of editorial boards of the research journals «Morphological Newsletter» (Moscow-Berlin), «Problems of Examination in Medicine» (Izhevsk), «Healthcare Service in Bashkortostan» (Ufa), «The Russian Bulletin of Children's Surgery, Anesthesiology and Resuscitation» (Moscow).

6 doctoral thesis' and more than 20 Ph.D thesis' have been written under the supervision of Nikolay Sergeevich; more than 760 works have been published including 7 monographs and 26 educational materials. He is an editor of 27 collections of scientific papers, an author of 62 patents for inventions, 38 innovation proposals applied in healthcare organizations in Russia and abroad. N.S. Strelkov is the Laureate of State Prize of the Udmurt Republic in science and technology for development and application of sparing surgical modalities in children, Honorary Academician of the Polish Academy of Sciences (since 2001), Honorary Academician of Izhevsk State Medical Academy. In 1998 the organizing committee of the International Program «EARTHMAKER» (Paris) (meaning «a person identifying the face of the Planet») honored ISMA with the international award in nomination «For progress and dynamics of development in the new economic conditions», the Rector of the Academy was honored with the personal award in nomination «For wisdom and foresight in the management policy». It is the evidence of membership of the top educational and scientific institutions. In 1999 he was given the awards «Silver papyrus» (Geneva), «For the contribution to the personnel training» (Vienna, Oxford), in 2014 – the State Award of the Kirov Region.

In 2007 Nikolay Sergeevich was chosen the Chairman of the Committee on the Healthcare Service and Healthy Lifestyle in the Civic Chamber under the President of the Udmurt Republic. He was awarded with the titles «The Honored Healthcare Worker of the Udmurt Republic», Professor Emeritus of Samarkand State Medical Institute (Uzbekistan), «Honored Doctor of the Russian Federation»; he was awarded with medals «55 years of the Federal Special Construction Agency», «For the Fidelity to Duty and the Fatherland», «For Merit to the Medicine and Healthcare Development». N.S. Strelkov has been repeatedly presented with Certificates of Appreciation of the Government, the State Council of the Udmurt Republic, the Mari El Republic, the Moscow Region for the training of qualified health care personnel. He is a Physician of Superior Merit.

The Academy staff members sincerely congratulate you on your 65th birthday anniversary! You have achieved great success showing us that it is possible to reach successful goals if you work very hard and conscientiously! Your great experience, high professionalism and helpfulness whatever the circumstances make you the example to follow! Let all your plans for the future come true, good luck highlight your life!

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Н. С. Стрелков, В. К. Гасников, И. А. Шевякова, К. В. Гасников</i> РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА ЗА ГОДЫ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ	13
<i>N.S. Strelkov, V.K. Gasnikov, I.A. Shevyakova, K.V. Gasnikov</i> REGIONAL PECULIARITIES OF THE DYNAMICS OF CHILDHOOD TRAUMATISM IN THE YEARS OF SOCIAL AND ECONOMIC REFORMS	13
<i>Н.М. Попова, В.Н. Савельев, В.А. Гаврилов</i> ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	16
<i>N.M. Popova, V.N. Savelyev, V.A. Gavrilov</i> COMPULSORY MEDICAL INSURANCE AND ITS ROLE IN PUBLIC HEALTH PROTECTION	16
<i>С. Г. Шадрин, Т. А. Валеев, Е. О. Евтодиева, Е. Л. Лялина</i> РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	18
<i>S. G. Shadrin, T. A. Valeyev, Ye. O. Evtodieva, E. L. Lalina</i> EXERCISING THE RIGHTS OF THE CITIZENS INSURED IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM ON THE TERRITORY OF THE UDMURT REPUBLIC	18
<i>Г. И. Ахмадуллина, И. А. Курникова, И. С. Маслова, О. Г. Мерзлякова, И. В. Широбокова, Н. Г. Скурихин</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ	21
<i>G. I. Akhmadullina, I. A. Kurnikova, I. S. Maslova, O. G. Merzlyakova, I. V. Shirobokova, N. G. Skurikhin</i> QUALITY OF LIFE AND FEATURES OF EATING BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH DIABETES OF 1ST AND 2ND TYPES	22

<i>И. Н. Бакишев, Е. Ю. Шкатова, С. Г. Логинова</i> ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	25
<i>I. N. Bakshaev, Ye. Yu. Shkatova, S. G. Loginova</i> ECONOMIC EFFICIENCY OF PREVENTIVE ACTIONS IN PENITENTIARY INSTITUTIONS	25
<i>С. В. Батов, О. Н. Юшкова, Л. И. Батова, И. В. Чигвинцев, А. А. Тимофеева</i> СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	27
<i>S. V. Batov, O. N. Yushkova, L. I. Batova, I. V. Chigvincev, A. A. Timofeeva</i> BREAST CANCER MORTALITY REDUCTION IN UDMURT REPUBLIC	28
<i>Е. А. Ботникова, М. К. Ермакова, Г. В. Павлова, Г. В. Соколова</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТИ ЛИЦЕИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНОТИПОВ	30
<i>Ye. A. Botnikova, M. K. Ermakova, G. V. Pavlova, G. V. Sokolova</i> DESCRIPTION OF HEALTH AND PERFORMANCE OF LYCÉE STUDENTS WITH DIFFERENT CHRONOTYPES	30
<i>В. З. Терехов, Н. А. Кирьянов, А. Н. Чернов, М. В. Терехов, С. А. Шкляев</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТ И УСЛУГ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТИИ	32
<i>V. Z. Terekhov, N. A. Kiryanov, A. N. Chernov, M. V. Terekhov, S. A. Shklyayev</i> ASSESSMENT OF QUALITY OF WORK OF PATHOLOGY SERVICE BY HEALTH CARE INSTITUTIONS OF UDMURTIA	32
<i>Е. В. Дюжева</i> ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	34
<i>Ye. V. Dyuzheva</i> LEGAL REGULATION OF THE FORMATION OF THE EFFICIENCY EVALUATION OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL ORGANIZATIONS	34

<i>А. М. Туленков, С. Б. Пономарев</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ОСВОБОЖДАЮЩИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕ- НИЯ СВОБОДЫ	36
<i>A. M. Tulenkov, S. B. Ponomarev</i> MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF PER- SONS RELEASED FROM PRISON	37
<i>Н. Н. Бушмелева, В. К. Гасников, Ф. К. Тетелюткина</i> МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ НАУЧНОГО ОБОС- НОВАНИЯ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ РЕПРО- ДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В УДМУРТСКОЙ РЕС- ПУБЛИКЕ	39
<i>N. N. Bushmeleva, V. K. Gasnikov, F. K. Tetelyutina</i> LONG-TERM EXPERIENCE OF SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF MEASURES TO RE- DUCE GENESIAL LOSSES IN THE UDMURT REPUBLIC	39
<i>Е. Г. Вихарева</i> ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УДМУР- ТИИ	42
<i>Ye. G. Vikhareva</i> GENDER DIFFERENCES IN THE QUALITY OF LIFE OF SCHOOL-AGE CHILDREN IN UD- MURTI	42
<i>Л. Ю. Зернова</i> СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫ- СОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ НОВО- РОЖДЕННЫМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИ- КЕ	44
<i>L. Yu. Zernova</i> STATE OF SPECIALIZED HIGH-TECHNOLO- GY MEDICAL CARE OF NEWBORNS IN THE UDMURT REPUBLIC	44
<i>Д. Н. Королева, Е. Н. Богатырева, Н. Н. Андреева, О. А. Камашева</i> ЧАСТОТА И СТРУКТУРА РЕЦИДИВОВ ОСТ- РОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕ- ТЕЙ	46
<i>D. N. Koroleva, Ye. N. Bogatyreva, N. N. Andreeva, O. A. Kamasheva</i> FREQUENCY AND STRUCTURE OF RELAPS- ES OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA ...	47
<i>П. Г. Сысоев, О. Е. Русских, У. С. Ваганова</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕ- ЗОМ ЛЕГКИХ	48
<i>P. G. Sysoev, O. Ye. Russkikh, U. S. Vaganova</i> LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PULMO- NARY TUBERCULOSIS	49
<i>А. А. Калининская, А. Э. Гайдарова, М. Д. Мерекина</i> ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВА- ЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ	51
<i>A. A. Kalininskaya, A. E. Gaydarova, M. D. Merekina</i> PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS	52

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

<i>Н. С. Стрелков, А. Е. Шкляев, Д. А. Толмачев</i> ОПЫТ РАБОТЫ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРС- ТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПО ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИН- СКИХ КАДРОВ	55
<i>N. S. Strelkov, A. Ye. Shklyayev, D. A. Tolmachev</i> EXPERIENCE OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY IN TARGET MEDICAL TRAINING ...	55
<i>Н. С. Стрелков, В. К. Гасников, В. Н. Савельев</i> ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОР- МАТИКИ В ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕН- НОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	57
<i>N. S. Strelkov, V. K. Gasnikov, V. N. Savelyev</i> HISTORY OF ESTABLISHMENT AND DEVEL- OPMENT OF TEACHING MEDICAL INFOR- MATIONICS IN IZHEVSK STATE MEDICAL ACAD- EMY	57
<i>П. В. Назаров, О. В. Игумнова, О. Е. Овечкина</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТЕРНЕТ-ЭКЗАМЕНА ФЭПО ПО ДИСЦИП- ЛИНЕ «ХИМИЯ»	61
<i>P. V. Nazarov, O. V. Igumnova, O. Ye. Ovechkina</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RE- SULTS INTERNETE FEPO-EXAMINATION ON THE DISCIPLINE «CHEMISTRY»	61
<i>С. Р. Трофимова, С. Е. Переведенцева, Н. В. Савинова, О. В. Данилова</i> ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ИЗУЧЕНИИ БИОХИ- МИИ КАК ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ФОР- МИРОВАНИЯ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНС- КОГО ВУЗА	63
<i>S. R. Trofimova, S. Ye. Perevedentseva, N. V. Savinova, O. V. Danilova</i> CONTINUITY IN STUDYING BIOCHEMISTRY AS A BASIC MECHANISM OF ACQUIRING GENERAL PROFESSIONAL COMPETENCE	63
<i>Т. Л. Рединова</i> МЕЖПРЕДМЕТНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПРЕПО- ДАВАНИЯ ИММУНОЛОГИИ	65
<i>T. L. Redinova</i> INTERDISCIPLINARY INTEGRATION TEACH- ING IMMUNOLOGY	65
<i>Т. Г. Глушкова, Г. В. Шумихина, И. В. Титова, А. Ю. Осетрова, Ю. Б. Корепанова</i> ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТ ПРОФОРИЕНТАЦИОН- НОЙ РАБОТЫ НА ДОВУЗОВСКОМ И ВУЗОВ- СКОМ ЭТАПАХ	67
<i>T. G. Glushkova, G. V. Shumikhina, I. V. Titova, A. Yu. Osetrova, Yu. B. Korepanova</i> EXPERIENCE AND RESULTS OF CAREER GUIDANCE AT PRE-UNIVERSITY AND UNI- VERSITY STAGES	68

Н. М. Попова, Н. Г. Сабитова, Д. А. Толмачев
ДВУХГОДИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИН-
ФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «МАГЕЛЛАН»
НА КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 70

N. M. Popova, N. G. Sabitova, D. A. Tolmachev
TWO-YEAR EXPERIENCE OF IMPLEMENT-
ING INFORMATION SYSTEM «MAGELLAN»
AT THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
AND HEALTH CARE SERVICE 70

*С. Н. Стяжкина, В. В. Проничев,
М. Н. Климентов, А. А. Акимов*
ОПЫТ УЧАСТИЯ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКА-
ДЕМИИ В ОЛИМПИАДАХ ПО ХИМИИ 72

*S. N. Styazhkina, V. V. Pronichev, M. N. Klimentov,
A. A. Akimov*
EXPERIENCE OF STUDENTS OF IZHEVSK
STATE MEDICAL ACADEMY IN OLYMPIADS
IN CHEMISTRY 72

*Г. В. Шумихина, А. Ю. Осетрова, И. В. Титова,
Т. Г. Глушкова, Ю. Б. Корепанова*
О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ
НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЭМБРИОЛО-
ГИИ И ЦИТОЛОГИИ 73

*G. V. Shumikhina, A. Yu. Osetrova, I. V. Titova,
T. G. Glushkova, Yu. B. Korepanova*
TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL AT THE
DEPARTMENT OF HISTOLOGY, EMBRYOL-
OGY AND CYTOLOGY 74

С. Б. Пономарев, Н. М. Попова
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИН-
СКОЙ ИНФОРМАТИКИ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕ-
СТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕ-
НИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 75

S. B. Ponomarev, N. M. Popova
DEVELOPING A TECHNIQUE OF TEACHING
MEDICAL INFORMATICS AT THE DEPART-
MENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE
SERVICE OF THE MEDICAL ACADEMY 76

И. Б. Руденко, И. А. Казакова
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГА-
НИЗМА У СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУ-
ДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕ-
МИИ 77

I. B. Rudenko, I. A. Kazakova
ADAPTIVE CAPACITY OF THE ORGANISM IN
STUDENTS OF IZHEVSK STATE MEDICAL
ACADEMY 78

З. М. Сигал
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОД-
ГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НА КАФЕДРЕ
ОПЕРАТИВНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ 80

Z. M. Sigal
INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TRAINING
PROFESSIONALS AT THE DEPARTMENT OF
OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHIC
ANATOMY 80

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

*Н. И. Пенкина, М. В. Мухачева,
Т. Н. Поздновская, Д. Н. Королева*
МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ,
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕДИАТРИ-
ЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР 83

*N. I. Penkina, M. V. Mukhacheva,
T. N. Pozdnovskaya, D. N. Koroleva*
MYCOPLASMA INFECTION IN CHILDREN
ADMITTED TO PEDIATRIC IN-PATIENT DE-
PARTMENT 83

С. Б. Давлятов, Н. Д. Мухиддинов
КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОР-
МАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ 85

S. B. Davlyatov, N. D. Mukhiddinov
CORRECTION OF FUNNEL-SHAPED DEFOR-
MITY OF THE CHEST IN CHILDREN 85

*М. Н. Бекмансуров, М. В. Воронцов,
Э. П. Сорокин, Е. В. Шилыева*
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АС-
ПЕКТЫ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ 87

*M. N. Bekmansurov, M. V. Vorontsov,
E. P. Sorokin, Ye. V. Shilyaeva*
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPEC-
TS OF PANCREONECROSIS 87

*М. К. Ермакова, И. В. Омелянюк, Л. П. Матвеева,
Р. И. Ясавиева*
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСО-
БЕННОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ОБУС-
ЛОВЛЕННЫХ ОБОСТРЕНИЯХ БРОНХИАЛЬ-
НОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 88

*M. K. Ermakova, I. V. Omelyanyuk, L. P. Matveeva,
R. I. Yasavieva*
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEA-
TURES OF EXACERBATIONS OF BRONCHIAL
ASTHMA CAUSED BY INFECTIONS IN CHIL-
DREN 89

Э. Р. Гараева, Э. П. Сорокин, Е. В. Шилыева
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СИНДРОМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШ-
НОТЫ И РВОТЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ 91

E. R. Garaeva, E. P. Sorokin, Ye. V. Shilyaeva
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE
SYNDROME OF POSTOPERATIVE NAUSEA
AND VOMITING IN GENERAL SURGICAL
PRACTICE 91

*И. С. Рединов, О. В. Головатенко, О. О. Страх,
Н. А. Шевкунова, С. И. Метелица*
ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ФИКСИРУЮЩЕГО МА-
ТЕРИАЛА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛ-
ЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ 92

*I. S. Redinov, O. V. Golovatenko, O. O. Strakh,
N. A. Shevkunova, S. I. Metelitsa*
IMPORTANCE OF SELECTING LUTING
AGENTS FOR METAL-CERAMIC RESTORA-
TION 93

*А. В. Субботина, Н. Р. Дмитракова,
Л. Р. Муртазина, Э. И. Файзуллина*
ОЦЕНКА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНА-
ЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕН-
САЦИИ ГУТТАПЕРЧИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
АКТИВАЦИЕЙ..... 94

*A. V. Subbotina, N. R. Dmitrakova,
L. R. Murtazina, E. I. Faizullina*
EVALUATION OF ROOT CANAL OBTURA-
TION BY LATERAL CONDENSATION OF GUT-
TA-PERCHA WITH ULTRASOUND ACTIVA-
TION..... 95

*И. Г. Малахова, А. Е. Шкляев, А. Г. Бессонов,
Е. М. Матюшина*
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБО-
ЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА 96

*I. G. Malakhova, A. Ye. Shklyayev, A. G. Bessonov,
E. M. Matushina*
EXPERIENCE OF USING BIOLOGICAL THER-
APY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES ... 97

*И. С. Рединов, С. И. Метелица, О. В. Головатенко,
А. В. Рябинин*
РЕЗЕРВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОС-
ТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПЕРВИЧНО-
И ПОВТОРНОПРОТЕЗИРУЕМЫХ ПАЦИЕН-
ТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ 98

*I. S. Redinov, S. I. Metelitsa, O. V. Golovatenko,
A. V. Ryabinin*
RESERVES OF INCREASING EFFECTIVENESS
OF MEDICAL CARE FOR THE PATIENS WITH
COMPLETE EDENTULISM IN PRIMARY AND
REPEAT REPLACEMENT OF MISSING TEETH. ... 99

Е. Н. Никитин, О. И. Мясникова, Р. Р. Ахкиямов
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОПЫТ
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОМИЕЛОЦИТАРНО-
ГО ЛЕЙКОЗА 101

E. N. Nikitin, O. I. Myasnikova, R. R. Akhkiyatomov
CLINICAL CHARACTERISTIC AND TREAT-
MENT EXPERIENCE OF ACUTE PROMYELO-
CYTIC LEUCOSIS 101

А. В. Оксюзян, А. И. Шамсутдинова
РИСК РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА 104

A. V. Oksuzyan, A. I. Shamsutdinova
RISK OF THE DEVELOPMENT OF OCCUPA-
TIONAL DISEASES IN JUNIOR AND MEDIUM-
LEVEL MEDICAL PERSONNEL..... 104

Т. Е. Чернышова, И. В. Реверчук, И. А. Меликян
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ПАТОГЕ-
НЕЗЕ ОЖИРЕНИЯ 106

Т. Ye. Chernyshova, I. V. Reverchuk, I. A. Melikyan
ROLE OF CHRONIC STRESS IN THE PATHO-
GENESIS OF OBESITY 106

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Ю. В. Новиков, Г. В. Костина, И. Н. Староверов,
С. А. Грачев, М. А. Щепин, Е. А. Волков*
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНС-
КАЯ ПОМОЩЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИ-
ЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. 109

*Yu. V. Novikov, G. V. Kostina, I. N. Staroverov,
S. A. Grachyov, M. A. Shchepin, Ye. A. Volkov*
HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL CARE TO
PREVENT ISCHEMIC STROKE 109

*А. В. Корепанов, А. В. Шишкин, А. В. Петров,
А. В. Ахкиямова*
СПОСОБ ГАЗОРАЗРЯДНОЙ ОБРАБОТКИ ЛИНЗ
ОЧКОВ, ПОВЫШАЮЩЕЙ ГИДРОФИЛЬ-
НОСТЬ ИХ ПОВЕРХНОСТИ И УСТРОЙСТВО
ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ 111

*A. V. Korepanov, A. V. Shishkin, A. V. Petrov,
A. V. Akhkiyatova*
METHOD OF GAS-DISCHARGE PROCESSING
OF SPECTACLE LENSES IMPROVING HYDRO-
PHYLIC PROPERTY OF THEIR SURFACE AND
A DEVICE FOR APPLYING THE METHOD 112

В. Н. Воронцов
К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
СЛЕПОНЕМЫХ 114

V. N. Vorontsov
ON THE ISSUE OF SOCIAL ADAPTATION OF
BLIND MUTES 114

*Ю. В. Горбунов, А. Е. Шкляев, А. М. Корепанов,
П. И. Четвериков*
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТА-
НОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ТЕОРЕТИЧЕС-
КИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗА-
ЦИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 115

*Yu. V. Gorbunov, A. Ye. Shklyayev, A. M. Korepanov,
P. I. Chetverikov*
INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF REHABILI-
TATION MEDICINE: THEORETICAL BASIS
AND PRACTICAL IMPLEMENTATION IN THE
UDMURT REPUBLIC..... 116

А. А. Соловьёв
НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРИЖИЗНЕН-
НОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭКСФОЛИАТИВНЫХ
КЕРАТИНОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА 118

A. A. Solovyov
NEW DIRECTIONS IN THE INTRAVITAL
STUDY OF HUMAN EXFOLIATIVE KERATI-
NOCYTES 118

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК:616-039.1-058:338.124.4

Н. С. Стрелков, В. К. Гасников¹, И. А. Шевякова¹, К. В. Гасников²

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

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

²ГБОУ ВПО «Ижевский государственный технический университет им. М. Т. Калашникова», Удмуртская Республика

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА ЗА ГОДЫ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Стрелков Николай Сергеевич — ректор академии доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: rector@igma.udm.ru, тел. 8 (3412) 52-62-01; Гасников Владимир Константинович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Шевякова Ирина Александровна — старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук; Гасников Константин Владимирович — доцент кандидат медицинских наук, профессор

В статье проведен анализ динамики детского травматизма, представлены его региональные особенности в Удмуртской Республике за годы социально-экономических преобразований. Установлен более интенсивный прирост детского травматизма за период 1990–2014 гг., а также значительное превышение распространенности в Удмуртской Республике по сравнению с Российской Федерацией.

Ключевые слова: уровень и динамика детского травматизма; региональные особенности

N.S. Strelkov, V.K. Gasnikov¹, I.A. Shevyakova¹, K.V. Gasnikov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

²Izhevsk State Technical University named after M.T. Kalashnikov, Udmurt Republic

REGIONAL PECULIARITIES OF THE DYNAMICS OF CHILDHOOD TRAUMATISM IN THE YEARS OF SOCIAL AND ECONOMIC REFORMS

Strelkov Nikolai Sergeevich — Rector of the Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8(3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; Gasnikov Vladimir Konstantinovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Shevyakova Irina Alexandrovna — Senior Lecturer Candidate of Medical Sciences; Gasnikov Konstantin Vladimirovich — Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The paper presents an analysis of the dynamics of childhood traumatism. Its regional peculiarities in the Udmurt Republic in the years of social and economic reforms are considered. It has been found out that the growth of childhood traumatism over the period from 1990 to 2014 was more rapid and the incidence of this pathology was higher in the Udmurt Republic in comparison with the Russian Federation.

Key words: level and dynamics of childhood traumatism; regional peculiarities

Дети — важнейший демографический ресурс, определяющий потенциал развития любой страны. В России состояние здоровья детей является приоритетом у служб различных социальных направлений, в особенности у органов и учреждений системы здравоохранения, которым отведена роль координатора по мониторингу состояния здоровья детского населения. Здоровье детей анализируется по всем

предложенным ВОЗ критериям, в том числе и по заболеваемости [1, 2, 7].

Заболеваемость по классу «травмы, отравления и другие последствия внешних причин» (далее — «травмы...») является специфическим и достаточно объективным показателем, имеющим высокую социальную обусловленность. Уровень данного показателя в большой степени определяется условиями жизни детей, в том числе надле-

жащим контролем со стороны родителей, образовательных и иных организаций, принимающих участие в воспитании, образовании и развитии детей. Поэтому непрерывный мониторинг за динамикой данного показателя среди детского населения необходим органам и учреждениям различных служб, работающих с детьми, для своевременного принятия необходимых и целенаправленных профилактических мер [1, 2, 7].

Цель исследования: изучение региональных особенностей динамики детского травматизма в УР за годы социально-экономических преобразований.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели с помощью ретроспективного эпидемиологического анализа проведена оценка уровня и динамики первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» с 1990 по 2014 г. по УР и РФ, а также в сопоставлении с уровнем первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет в целом. Исследование проводилось с использованием официальных статистических данных, опубликованных в сборниках Росстата [5], ЦНИИОиЗ МЗ РФ [6], а также в Государственных докладах о состоянии здоровья населения УР [3, 4].

Следует отметить, что динамика демографических процессов в УР за период 1990–2014 гг. характеризуется сокращением как общей численности населения, так и детей в возрасте 0–14 лет на 5,9% и 33,4% соответственно. При этом возрастная структура изменилась в сторону увеличения доли лиц старше трудоспособного возраста с 16,3% до 22,2% и сокращения доли детей 0–14 лет с 27,4% до 19,3%. Имеется рост первичной заболеваемости как в целом на 29,7%, так и в отдельных возрастных группах. При этом у детей в возрасте 0–14 лет наблюдается более выраженное повышение первичной заболеваемости по сравнению со взрослыми – на 73,5% и 12,3% соответственно. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости детей 0–14 лет в УР за анализируемый период составил $1923,6 \pm 409,2$ на 1000 населения соответствующего возраста, что достоверно выше, чем по РФ – $1519,3 \pm 319,2$ ($t > 3,73$, $p < 0,001$) и по сравнению с аналогичным показателем среди взрослого населения – $586,7 \pm 28,9$ ($t > 3,73$, $p < 0,001$) [1, 4].

Рост первичной заболеваемости населения в целом, а также в отдельных возрастных группах был обусловлен ростом заболеваемости по большинству классов и групп болезней,

в том числе по классу «травмы...». При этом показатель первичной заболеваемости по классу «травмы...» на протяжении многих лет занимает в структуре второе ранговое место, уступая лишь болезням органов дыхания.

Анализ динамики детского травматизма за период 1990–2014 гг. показал, что распространенность этой патологии в УР возросла в 2,1 раза – с 67,1 до 139,8 на 1000 детей в возрасте 0–14 лет, а по РФ – на 48,1% с 70,3 до 104,1 соответственно (см. рис.). При этом среднегодовой уровень детского травматизма за 1990–2014 гг. в УР составил $115,4 \pm 27,5$, что достоверно выше, чем аналогичный показатель по РФ – $91,0 \pm 15,1$ ($t > 3,73$, $p < 0,001$).

Как следует из приведенных на рисунке данных, за годы социально-экономических преобразований сформировалась тенденция к постоянному росту уровня детского травматизма, более выраженная в УР. При этом темп прироста за первую половину анализируемого периода был значительно выше, чем за вторую половину: соответственно на 71,2% и 21,7% в УР, на 38,0% и 7,3% – в РФ (табл. 1), что, на наш взгляд, связано с негативными последствиями социально-экономических процессов, происходящих в те годы [1, 7].

В соответствии с представленными в табл. 1 данными, темп прироста первичной заболеваемости детей 0–14 лет по классу «травмы...» за период 1990–2014 гг. в Удмуртии составил 2,1 раза, что значительно выше темпа прироста первичной заболеваемости детей в целом по всем классам за этот же период (+73,5%). Однако в РФ наблюдаются противоположные тенденции: темп прироста первичной заболеваемости детей по классу «травмы...» составил 48,1%, что ниже темпа прироста первичной заболеваемости детей в целом (+57,3%).

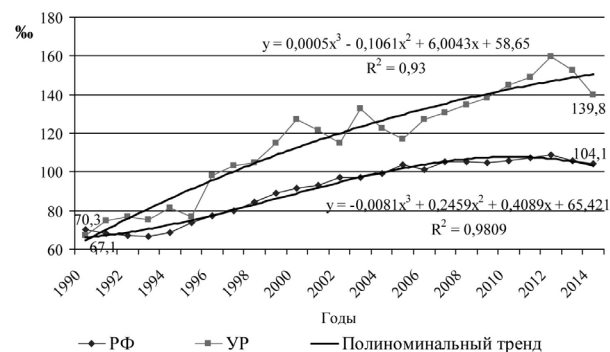


Рис. Динамика первичной заболеваемости на 1000 детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» за период 1990–2014 гг. по УР и РФ и ее полиномиальный тренд

В 1990 году уровень первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» по УР был ниже на 4,5% по сравнению с РФ (табл. 2). В последующем за счет более интенсивного прироста уровня детского травматизма в Удмуртии по сравнению с Россией соотношение распространенности этого показателя существенно изменилось в сторону превышения по УР.

При анализе среднегодовых уровней первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» по двум периодам достоверно выше эти показатели были в Удмуртии по сравнению с Россией по каждому периоду:

в 1990–2001 гг. – 93,5 и 77,4 на 1000 детей в возрасте 0–14 лет ($t > 2,4$ $p < 0,05$); в 2002–2014 гг. – 135,7 и 103,5 соответственно ($t > 3,7$, $p < 0,001$). Как следствие, соотношения этих показателей за анализируемые периоды были в сторону превышения значений в УР по сравнению с РФ на 20,8% и 31,1% соответственно (см. табл. 2). Региональные особенности детского травматизма в УР привели к тому, что в 2014 году уровень распространенности этой патологии в Удмуртии стал на 34,3% выше, чем по России, и стабильно превышает российский уровень, особенно в последние годы.

Таблица 1. Темпы прироста показателей первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет в целом и по классу «травмы...» в УР и РФ

№	Показатель (единица измерения)	Территория	Темп прироста 2014/1990	Темп прироста 2002/1990	Темп прироста 2014/2002
1.	Первичная заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» (на 1000 населения соответствующего возраста)	УР	+2,1 раза	+71,2%	+21,7%
		РФ	+48,1%	+38,0%	+7,3%
2.	Первичная заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет в целом (на 1000 населения соответствующего возраста)	УР	+73,5%	+44,6%	+20,0%
		РФ	+57,3%	+25,4%	+25,5%

Таблица 2. Динамика соотношения распространенности детского травматизма в УР и РФ за период 1990–2014 гг.

№	Показатель (единица измерения)	Территория	Год		Среднегодовой уровень по периодам	
			1990	2014	1990–2001 гг.	2002–2014 гг.
1.	Первичная заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» (на 1000 населения соответствующего возраста)	УР	67,1	139,8	93,5	135,7
		РФ	70,3	104,1	77,4	103,5
2.	Соотношение распространенности детского травматизма УР/РФ (%)	УР	–4,5%	+34,3%	+20,8%	+31,1%

Таким образом, имеются ярко выраженные региональные особенности уровня и динамики первичной заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет по классу «травмы...» в УР в период социально-экономических преобразований. Причины сложившейся ситуации по детскому травматизму требуют дополнительного углубленного исследования. Однако уже сейчас ясно, что данная проблема носит комплексный межотраслевой характер и требует особого внимания со стороны всех уровней власти, общественности и медицинских работников практического здравоохранения.

Список литературы:

1. Гасников, В.К. Методологические и информационно-аналитические проблемы управления здоровьем и здравоохранением: избранные публикации / В.К. Гасников. – Ижевск, 2011. – 316 с.

2. Гасников, В.К. Эволюция проблем теории и практики управления здравоохранением в регионе: монография / В.К. Гасников. – Ижевск, 2001. – 391 с.

3. Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 1993–2014 гг.

4. Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ: информационно-аналитический сборник / В.К. Гасников, О.А. Рузан, С.В. Никитина; под общей ред. Н.С. Стрелкова. – Вып. 12. – Ижевск, 2015.

5. Здравоохранение в России: статистические сборники Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>.

6. Медико-демографические показатели РФ: статистические справочники с 1990 по 2013 г. ЦНИИОиЗ МЗ РФ. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru/>.

7. Шемякова, И.А. Влияние социальной депривации на показатели здоровья детей дошкольного возраста, проживающих в семьях социального риска / И.А. Шемякова // Пермский медицинский журнал. – 2011. – № 6. – С. 129–136.

УДК 614.2:369.06

Н.М. Попова¹, В.Н. Савельев¹, В.А. Гаврилов²

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

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

²Удмуртский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», г. Ижевск

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Савельев Владимир Никифорович — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Гаврилов Владимир Александрович — директор

В статье рассматриваются этапы развития медицинского страхования и возможности выполнения Программы государственных гарантий, бесплатной медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинское страхование; медицинская помощь

N.M. Popova¹, V.N. Savelyev¹, V.A. Gavrilov²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care Service

²Udmurt Branch of JSC «Insurance Company «SOGAZ-Med», Izhevsk

COMPULSORY MEDICAL INSURANCE AND ITS ROLE IN PUBLIC HEALTH PROTECTION

Popova Natalia Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8(3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Savelyev Vladimir Nikiforovich — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; Gavrilov Vladimir Alexandrovich — Director

The article considers the stages of the development of medical insurance and the possibilities for the fulfillment of the “Program of state guarantees” concerning free medical care.

Key words: medical insurance; medical care

Вопрос о медицинском страховании и его роли в отрасли здравоохранения сложный и отношение к нему со стороны различных исследователей неоднозначное. В этом несложно убедиться, изучив исключительно разнообразную структуру системы здравоохранения в различных странах.

Цель исследования: сравнить действующие системы здравоохранения Российской Федерации и зарубежных стран.

Материал и методы исследования. Применен исторический метод, осуществлен анализ регламентирующих документов по медицинскому страхованию.

Результаты исследования и их обсуждение. По мнению В.О. Гурдуса [1], в настоящее время в мире выделяются три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения: преимущественно государственная (Великобритания, Швеция); преимущественно страховая (Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, Япония и другие); преимущественно частная (платная) — США, отдельные государства Латинской Америки.

Но практически ни в одной из стран указанные системы здравоохранения не представлены в чистом виде. При этом, несмотря на многообразие форм

нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением.

Опыт перехода от государственной бесплатной системы здравоохранения в России, охватывающей все слои населения страны, к системе страховой медицины практически не известен в мире. Недостаточен опыт перехода Великобритании и Италии от страховой к государственной медицине и опыт Скандинавских стран, где государство определяет политику здравоохранения, регулируя равнозависимость развития отрасли по всей территории региона. Преимущественное распространение в странах мира множественной формы страховой медицины — подтверждение более приемлемой системы здравоохранения для успешной охраны здоровья населения. Таким образом, страховая медицина — это система здравоохранения, обеспечиваемая особыми страховыми фондами, предназначенными для финансирования медицинской помощи в рамках страховой программы на основе договорных взаимоотношений [1].

С экономической точки зрения, медицинская страховая система сложная, где представлены различные товарно-рыночные отношения в здравоохранении: производитель товара (медицинской услуги) и покупатель услуги (па-

циент) тоже неоднозначный субъект. Поэтому мы не рекомендуем проводить параллель товара с медицинской услугой. Медики в отличие от экономистов имеют дело с медицинской помощью по сохранению жизни людей, а экономистов в меньшей степени интересует результат, они заинтересованы зарабатывать, получать прибыль. Здесь есть свои экономические тонкости, которые связаны прежде всего с фондодержанием и самой техникой страхования.

Да, внедрение страховой медицины в России предполагало дополнительное финансовое вливание в бюджет здравоохранения, не уменьшая его. К сожалению, вопреки положению закона о медицинском страховании от 1991 года, финансовые органы стали сокращать часть бюджета здравоохранения, равной сумме собранных средств в фонде обязательного медицинского страхования. В современных условиях, когда недофинансируется система здравоохранения государственным бюджетом, нередко медицинским организациям приходится осуществлять медицинскую помощь гражданам за счет собственных источников финансирования, например, от получения предпринимательских и бартерных услуг; благотворительных пожертвований и т. п. [3]. Уже привычным становится, когда вынуждают пациента софинансировать свое лечение, хотя Программой государственных гарантий предусмотрено предоставление бесплатной медицинской помощи. В медицинских организациях, где руководитель владеет внутренним рынком достаточно успешно и не допускает нецелевого расходования финансовых средств, значительно реже можно слышать отказы пациентам по причине отсутствия финансовых средств по всем источникам [2,4].

Внутренний рынок услуг между продавцом и покупателем регулируется финансовыми отношениями исключительно в условиях отлаженной системы ценообразования – тарифов на медицинские услуги. Расчет тарифов на медицинские услуги производится по той же методической основе, что и расчет стоимости медицинских услуг, особенно при использовании индивидуальных тарифов для монопольных производителей медицинских услуг. Тарифы на медицинские услуги не должны изменяться даже при отсутствии необходимых средств, в этом случае приемлемым считается уменьшение объема или перечня медицинских услуг. Использование тарифов и их структур при оплате медицинских услуг способствует реализации стратегии и управленческих решений руководителей. Тарифы ежеквартально

рассматриваются комиссией и в необходимых случаях вносятся изменения. В последующем территориальный фонд ОМС пересмотренные тарифы доводит до медицинских организаций для пользования.

Однако действующая модель ОМС за последние годы своей деятельности фактически не решила запланированных законом принципиальных вопросов о повышении качества и доступности медицинской помощи для населения. Немаловажную роль в работе здравоохранения сыграло лишение его бюджетных средств отрасли и передача источников финансирования территориальному фонду ОМС (ТФОМС). Функциональная перегрузка ТФОМСа накопила массу проблем. Объем бесплатных медицинских услуг, определенных базовой программой ОМС, не обеспечивается даже государственным межбюджетным финансированием, а права граждан на получение бесплатной медицинской помощи по базовой программе ОМС не всегда реализуются. Эта проблема порождена прежде всего политикой субъектов РФ по занижению размеров страховых взносов на неработающее население.

По причине недостаточной финансовой и хозяйственной согласованности государственных и муниципальных учреждений в сложившейся системе ОМС не удается существенно повлиять на эффективность использования ресурсов здравоохранения, эти разногласия лишь способствуют консервации устаревшей формы и структуры медицинских организаций. Фактически система ОМС распалась на множество фрагментов, регионы воссоздают собственную модель ОМС.

Права пациентов остаются на бумаге, и до сих пор не разработан механизм решения вопросов выбора врача, медицинской организации и страховой компании, а существующая система здравоохранения оказалась не готова к этому. Предприятия при существующей системе ОМС не заинтересованы в сохранении здоровья работающих (экономически для предприятия выгодны больные). Отсутствуют экономические стимулы у застрахованного населения в сохранении своего здоровья.

Для медицинских работников не разработаны реальные стимулы для повышения качества услуг, оказываемых в рамках ОМС. Система здравоохранения Удмуртии даже не пытается организовать конкуренцию и конкурсы между страховщиками, а также между медицинскими организациями. Территориальный фонд ОМС функционально занимается накоплением и распределением де-

нежных средств, а ответственность за состояние здоровья населения и управление деятельностью здравоохранения в обязанность не входит. Напрашивается вопрос, не логичнее ли передать финансовые фонды субъекту, который занимается непосредственно улучшением качества и доступности медицинской помощи, т.е. здравоохранению.

Территориальный фонд уже исчерпал свои возможности на современном уровне развития здравоохранения, кроме того на содержание чрезмерно дорогой системы страхования расходятся до 20% средств страхового фонда. Распространенная практика функционального объединения страховых компаний обязательно и добровольного медицинского страхования пока нерезультативна и не устраивает как пациентов, так и медицинские организации. Данная система более выгодна страховым компаниям.

Таким образом, внедрение обязательного медицинского страхования в стране с самого начала

проходило в условиях все большего разделения между экономической и социальной системами общества, ожидаемый социально-экономический эффект в отрасли и обществе не достигнут. На современном этапе развития отрасли здравоохранения назрела необходимость в совершенствовании существующей системы медицинского страхования граждан по форме и содержанию социального страхования.

Список литературы:

1. Гурдус, В.О. Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы / В.О. Гурдус // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 5. – С. 12–15.
2. Савельев, В.Н. Актуальные проблемы обязательного страхования граждан на региональном уровне / В.Н. Савельев // Труды ИГМА: сборник научных статей. – Ижевск, 2010. – Том 48. – С. 47–57.
3. Семенов, В.Ю. Некоторые итоги развития системы ОМС в РФ / В.Ю. Семенов // Здравоохранение. – 2002. – № 3. – С. 3–8.
4. Шадрин, С.Г. Инвестиции в здоровье / С.Г. Шадрин // Деловая репутация. – 2006. – № 3. – С. 16–13.

УДК 368.042:61(470.51):342.723

С. Г. Шадрин, Т. А. Валеев, Е. О. Евтодиева, Е. Л. Лялина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, г. Ижевск

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шадрин Сергей Геннадьевич — директор; Валеев Тимур Анварович — начальник управления по вопросам медицинского страхования; Евтодиева Елена Олеговна — начальник отдела по организации обязательного медицинского страхования; 426035, г. Ижевск, ул. Репина, 22, тел.8 (3412)63-45-86, e-mail: elena.evtodieva@tfoms18.ru; Лялина Екатерина Леонидовна — начальник отдела по организации защиты прав застрахованных

В статье рассматриваются вопросы реализации прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики. Подробно освещены основные направления деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики и страховых медицинских организаций по организации защиты прав застрахованных граждан с применением метода анализа обобщающих показателей.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование; права застрахованных; обращения граждан; качество медицинской помощи; удовлетворенность качеством медицинской помощи; контроль качества медицинской помощи; экспертиза; полис обязательного медицинского страхования

S. G. Shadrin, T. A. Valeev, Ye. O. Evtodieva, E. L. Lalina

Regional Fund of Compulsory Health Insurance of the Udmurt Republic, Izhevsk

EXERCISING THE RIGHTS OF THE CITIZENS INSURED IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM ON THE TERRITORY OF THE UDMURT REPUBLIC

Shadrin Sergey Gennadyevich — Director; Valeev Timur Anvarovich — Head of the Department for Health Insurance Issues; Evtodieva Yelena Olegovna — Head of the Department of the Organization of Compulsory Health Insurance; 426035, Izhevsk, 22 Repina st., tel. (3412) 63-45-86, e-mail: elena.evtodieva@tfoms18.ru; Lalina Ekaterina Leonidovna — Head of the Department of the Organization of Protection of the Rights of the Insured

The article considers the issues of exercising the rights of the insured in the system of compulsory health insurance in territory of the Udmurt Republic. The main areas of the activities of the Regional Fund of Compulsory Health Insurance of the Udmurt Republic and health insurance organizations to protect the rights of insured citizens are described using the method of analysis of overall indices.

Key words: compulsory health insurance, rights of the insured; applications of citizens; quality of medical care; satisfaction with the quality of medical care; control of the quality of medical care; expert examination; policy of compulsory health insurance

Шестой год система обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории Удмуртской Республики работает по новому законодательству. Основным предметом регулирования

Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (ФЗ № 326-ФЗ) являются отношения субъектов и участников системы ОМС, возникаю-

щие в связи с реализацией прав застрахованных граждан [3].

Цель исследования: изучить состояние дел в области защиты прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования, охарактеризовать обеспечение реализации прав застрахованных лиц, проводимое ТФОМС УР и страховыми медицинскими организациями (СМО), осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики, за 2014–2015 гг.

Материал и методы исследования. Проведен анализ годовых отчетных ведомственных форм № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (утверждена Приказом Федерального фонда ОМС от 14.08.2008 г. № 175) за 2014–2015 гг., а также анализ статистических показателей деятельности СМО и медицинских организаций за 2014–2015 гг. с применением ретроспективного и аналитического методов. Для статистической обработки полученных данных использованы электронные таблицы *Microsoft Excel 2003*.

На 01.01.2016 г. на территории Удмуртской Республики в 6 СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, застраховано 1560947 человек, из которых 1 496 263 человека (96 %) реализовали свое право выбора страховой медицинской организации.

В структуре причин получения полисов единого образца 52 % – в связи с заменой страховой медицинской организации, 17 % – получение полиса впервые в жизни, 31 % – замена полисов «старого» образца без изменения СМО.

Одним из прав граждан, доступных для реализации в системе ОМС, является право выбора вида документа, подтверждающего факт страхования в системе ОМС, т.е. формы полиса ОМС. На сегодняшний день на территории УР используются полисы ОМС «старого» образца, «единого» образца в виде бумажного бланка, пластиковой карты с электронным носителем, в составе универсальной электронной карты. 56 % застрахованных лиц на территории УР имеют на руках преимущественно полисы «единого» образца в форме бумажного бланка.

До 10.03.2015 г. на территории Удмуртской Республики осуществляла деятельность в системе ОМС страховая медицинская организация ЗАО «СК «АСК-Мед» филиал «МРСК-Мед» (МРСК-Мед). В связи с приостановлением Приказом Банка России № ОД-427 от 24.02.2015 г., а затем и отзывом лицензии на осуществление

страхования расторгнут договор о финансовом обеспечении со СМО [1]. По состоянию на 01.03.2015 г. в МРСК-Мед было застраховано 407322 человека (25 % от общего числа застрахованных в УР). После проведения ликвидационных мероприятий 12.05.2015 г. ТФОМС УР в соответствии со ст. 16 ФЗ № 326-ФЗ передано в СМО 242438 записей о застрахованных в МРСК-Мед (за 2 мес. 164884 гражданина реализовали право на выбор/замену СМО).

Экономической составляющей реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи является финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС на основании персонифицированного учёта застрахованных лиц.

Фондом ежедневно проводятся мероприятия по актуализации Регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗ) на основании взаимодействия с субъектами и участниками системы ОМС по обмену сведениями о застрахованных гражданах и данных из иных источников, определённых действующим законодательством. Из Федерального фонда ОМС – по жителям УР, застрахованным в других регионах РФ, из Комитета по делам ЗАГС при Правительстве УР – по умершим жителям УР, из территориальных фондов других регионов РФ – по жителям УР, умершим за пределами УР, из СМО – по застрахованным жителям УР, включая вновь застрахованных граждан, в том числе: новорожденных, впервые застрахованных пенсионеров силовых и приравненных к ним структур, аттестованные работники которых не подлежат ОМС, а также по застрахованным в УР по месту фактического проживания граждан, зарегистрированных в других регионах РФ.

С целью реализации права выбора застрахованным гражданином МО, рационального использования финансовых ресурсов ОМС и кадровых ресурсов в отрасли здравоохранения, ТФОМС УР осуществляется учёт сведений о прикреплении граждан к МО.

В целях нормативного обеспечения контроля за реализацией указанных целей ТФОМС УР совместно с Министерством здравоохранения УР разработан и утверждён совместным приказом Регламент учета прикрепления застрахованных лиц для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики. В рамках этого регламента осуществляется контроль за реализацией пра-

ва выбора застрахованным лицом МО согласно действующего законодательства [2].

На 01.06.2016 г. к МО прикреплено 1539362 человека (99,0% от общей численности застрахованных лиц). Все граждане, застрахованные в системе ОМС и прикрепленные к МО на территории Удмуртской Республики имеют прикрепление к участковым врачам.

Приоритетным направлением работы всей системы ОМС является обеспечение реализации застрахованными лицами права на получение бесплатной, качественной и доступной медицинской помощи.

ТФОМС УР и СМО проводится работа по защите прав застрахованных в сфере ОМС, в том числе: контроль качества медицинской помощи, анкетирование граждан в медицинских организациях, рассмотрение обращений граждан, консультирование пациентов в медицинских организациях, по телефонам «горячей линии», а также с использованием сети «Интернет», информирование застрахованных лиц о порядке обеспечения и защиты их прав в средствах массовой информации и коллективах.

СМО и ТФОМС УР проведено 249,9 тысяч экспертиз (в 2014 г. – 269,0 тысяч), в том числе 153,3 тысяч медико-экономических экспертиз (МЭЭ) первичных медицинских документов и 96,6 тысяч экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП) [4, 5].

Финансовые санкции к МО по результатам экспертной деятельности уменьшились в 1,8 раза и составили 37,6 млн руб. (в 2014 г. – 69,0 млн руб.) [4, 5].

Президент РФ В.В. Путин в послании Федеральному собранию объявил 2015 г. Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые являются основной причиной смерти.

Решением Координационного совета по организации защиты прав граждан в сфере ОМС на территории УР от 17.12.2014 г., всем СМО, работающим в системе ОМС, было поручено организовать проведение в 2015 г. целевых и тематических экспертиз качества медицинской помощи всех случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом, в т. ч. и по причинам острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и острого коронарного синдрома (ОКС).

В 2015 г. СМО проведено 16359 целевых ЭКМП, что в 33,4 раза больше, чем за 2014 г. ЭКМП по летальным исходам в 2015 г. проведена по 3407 случаям, что в 11,7 раза больше, чем в 2014 году, что составляет 80% от всех случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом [4, 5].

Целевые и тематические ЭКМП проведены и по случаям оказания медицинской помощи с летальным исходом при ОКС и ОНМК.

Так, в 2014 г. экспертиза проведена в 51,5% случаев от общего количества летальных исходов с указанной патологией, а в 2015 г. уже в 93% случаев [4, 5].

Основными нарушениями, выявленными при ЭКМП, являются несвоевременные и ненадлежащим образом выполненные необходимые пациенту лечебно-диагностические мероприятия: в 71% от общего числа нарушений в 2014 г. и в 56,5% – в 2015.

Финансовые санкции по результатам ЭКМП по данным случаям в 2014 г. составили 64,1 тыс. руб., а в 2015 г. – 158,9 тыс. руб. [4, 5].

Во всех МО, работающих в системе ОМС, в 2015 г. проведен социологический опрос с участием 16495 респондентов (в 2014 г. – 21018 респондентов). Показатель удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи за 2014–2015 гг. стабилизировался на уровне 89%. При этом критерием доступности и качества медицинской помощи по Территориальной программе ОМС определен показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи 75%. Результаты анкетирования пациентов свидетельствуют, что уровень качества лечения в МО соответствует ожиданиям жителей Удмуртской Республики при обращении за медицинской помощью [4, 5].

С увеличением правовой грамотности застрахованных на 20% выросло и количество обращений. За 2015 г. в СМО и ТФОМС УР поступило 564,6 тысяч обращений граждан (в 2014 г. – 454,6 тыс.), из них 89 обоснованных жалоб (за 2014 год – 75). Все обращения рассмотрены в досудебном порядке, из них с материальным возмещением – 10 на общую сумму 50686 рублей (в 2014 г. – 11 на сумму 57236 руб.). Обоснованность жалоб увеличилась с 56,8% в 2014 г. до 63,6% в 2015 г. [4, 5].

Гражданам предоставлена возможность получить консультации специалистов в СМО или ТФОМС УР, а также непосредственно в МО. В 2015 г. консультирование проводилось в 73 МО. По телефонам «горячей линии» проконсультировано в 2015 г. 11,5 тыс. человек (в 2014 г. – 7,7 тыс. человек).

Важное место в работе ТФОМС УР занимает пропаганда ОМС. В 2015 г. проведена комплексная работа по повышению правовой грамотности граждан: выпущено информационно-разъяснительных материалов общим тиражом около 1,5 млн экземпляров, опубликовано 66 статей

и заметок, проведено 31 выступление по радио и телевидению, осуществлено 1299 встреч с коллективами предприятий и организаций.

С внедрением информационных технологий граждане получили возможность консультироваться в сети Интернет. Сайт ТФОМС УР позволяет ознакомиться с законодательством в сфере ОМС, информацией о СМО и МО, работающих в системе ОМС в Удмуртской Республике, проверить свой полис ОМС, задать вопрос специалисту ТФОМС УР. Разработан и внедрен сервис проверки прикрепления к МО, позволяющий обеспечить контроль за реализацией прав граждан на выбор и замену МО для оказания первичной медико-санитарной помощи. За 2015 г. на сайте ТФОМС УР проконсультировано по вопросам оказания бесплатной медицинской помощи 215 человек (в 2014 г. – 139) [4, 5].

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, с 2014 по 2015 гг. наблюдался рост количества обращений граждан в ТФОМС УР и СМО, что говорит о повышении информированности населения и реализации застрахованными права выбора (замены) СМО. Вместе с тем, количество обоснованных жалоб снизилось в 1,2 раза. Результаты медико-социологического мониторинга удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи свидетельствуют о том, что медицинская помощь в МО, работающих в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики, соответствует ожиданиям пациентов. В 33,4 раза увеличилось количество целевых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе по летальным исходам по причине ОКС и ОНМК.

Выводы. Задачами, которые состоят перед ТФОМС УР и страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики являются обеспечение реализации прав застрахованных лиц на получение качественной и доступной медицинской помощи, удовлетворяющей потребности населения, при эффективном использовании ресурсов ОМС, на выбор и замену медицинской организации и врача; защита прав граждан в сфере ОМС путём проведения экспертиз медицинской помощи с учетом задач по анализу управляемых причин смертности; проведение мероприятий по актуализации Регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

Список литературы:

1. Приказ Банка России № ОД-427 от 24.02.2015 г. «О приостановлении действия лицензии на осуществление страхования Закрытого акционерного общества «Страховая медицинская компания «АСК-Мед».
2. Приказ Министерства здравоохранения УР и ТФОМС УР от 07.08.2015 года № 322/267 «Об утверждении регламента прикрепления застрахованных лиц для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».
4. Форма ведомственной статистической отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (утверждена приказом Федерального фонда ОМС от 14.08.2008 года № 175) за 2014 год.
5. Форма ведомственной статистической отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (утверждена приказом Федерального фонда ОМС от 14.08.2008 года № 175) за 2015 год.

УДК 616.379-008.64:616-008.9:316.728

Г. И. Ахмадуллина¹, И. А. Курникова², И. С. Маслова³, О. Г. Мерзлякова³, И. В. Широбокова³, Н. Г. Скурихин³

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

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Кафедра эндокринологии

Кафедра госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической лабораторной диагностики

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

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Ахмадуллина Гузаль Илгисовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-904-279-73-58, e-mail: guzal-work@mail.ru; Курникова Ирина Алексеевна — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Маслова Ирина Сергеевна — заведующий эндокринологическим отделением кандидат медицинских наук; Мерзлякова Ольга Геннадьевна — врач-эндокринолог; Широбокова Ирина Владимировна — врач-эндокринолог; Скурихин Николай Геннадьевич — врач-эндокринолог

Проведено исследование качества жизни, пищевого поведения и наличия тревоги у 53 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов. Выявлен высокий уровень тревоги, различные нарушения пищевого поведения и низкие показатели качества жизни у большинства обследованных пациентов. Установлена связь нарушений пищевого поведения и качества жизни с уровнем компенсации диабета, качества жизни с уровнем тревоги, давностью заболевания и возрастом пациентов.

Ключевые слова: качество жизни; пищевое поведение; тревога; сахарный диабет

G. I. Akhmadullina¹, I. A. Kurnikova², I. S. Maslova³, O. G. Merzlyakova³, I. V. Shirobokova³, N. G. Skurikhin³

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy with the Courses of Endocrinology and Hematology

²Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Department of Endocrinology

Department of Hospital Therapy with a Course of Endocrinology

³Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

QUALITY OF LIFE AND FEATURES OF EATING BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH DIABETES OF 1ST AND 2ND TYPES

Akhmadullina Guzyal Ilgisovna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Komunarov st., tel. 8 (904) 27-97-358, e-mail: guzal-work@mail.ru; Kurnikova Irina Alekseyevna — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; Maslova Irina Sergeyevna — Head of the Department Candidate of Medical Sciences; Merzlyakova Olga Gennadyevna — Endocrinologist; Shirobokova Irina Vladimirovna — Endocrinologist; Skurikhin Nikolay Gennadyevich — Endocrinologist

We conducted a study of quality of life, eating behavior and presence of anxiety in 53 patients with diabetes of 1st and 2nd types. High levels of anxiety, various disorders of eating behavior and low indices of the quality of life were revealed in the majority of patients. The correlation of disorders of eating behavior and low quality of life with the level of compensation of diabetes was established; quality of life correlated with the level of anxiety, duration of the disease and patients' age.

Key words: quality of life; eating behavior; anxiety; diabetes

На сегодняшний день одной из актуальных тем в медицине, в том числе и в эндокринологии, является изучение качества жизни (КЖ) пациентов с хроническими заболеваниями, каким является сахарный диабет (СД). Данное заболевание существенно меняет образ жизни пациента, что не может не сказаться на качестве жизни. Изменения пищевого поведения, необходимость принимать постоянно сахароснижающие препараты или ставить инъекции инсулина, симптомы гипер- или гипогликемии, развитие поздних осложнений СД могут вызвать ухудшение КЖ, что, в свою очередь, может снизить комплаентность пациента к проводимому лечению, вызвать декомпенсацию углеводного обмена и способствовать прогрессированию хронических осложнений [3, 4]. Нарушения пищевого поведения, в основе которых могут быть депрессивные состояния и другие психоэмоциональные расстройства, играют большую роль в развитии ожирения и сахарного диабета 2 типа [1, 2, 5, 6, 7, 8, 9]. Изменения обычного рациона питания, которые появляются в связи с возникновением диабета, могут вызвать нарушения психоэмоционального состояния, которые, в свою очередь, могут способствовать нарушению пищевого поведения [1, 5, 6]. Таким образом, замыкается порочный круг, ухудшающий приверженность пациента к лечению, приводящий к декомпенсации сахарного диабета и снижению качества жизни.

Цель исследования: изучить особенности пищевого поведения и оценить качество жизни у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 53 пациента на базе эндокринологического отделения БУЗ УР «Первая РКБ» МЗ УР г. Ижевска: 28 больных с сахарным диабетом 1 типа (13 мужчин и 15 женщин) и 25 больных с СД 2 типа (14 мужчин и 11 женщин). Средний возраст у пациентов с СД 1 типа составил $28,9 \pm 11,8$ года, у пациентов с СД 2 типа — $51,9 \pm 5,1$ года. Давность заболевания среди больных с СД 1 типа колебалась от впервые выявленного до 23 лет ($8,3 \pm 6,6$), среди больных СД 2 типа — от 4 лет до 23 лет ($10,2 \pm 5,2$). Большинство пациентов с СД 1 и 2 типа находились в условиях хронической гипергликемии ($HbA1c = 10,74 \pm 2,43\%$ и $9,72 \pm 3,86\%$, соответственно).

Пищевое поведение исследовали с помощью *DEBQ* — голландского опросника. Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью шкалы тревоги Спилбергера (по С. Spielberger и соавт., 1970; Ю. А. Ханин, 1976; И. А. Бевз, 1999). Для оценки качества жизни использовали опросник *SF-36* (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ). Обработка данных проводилась с помощью пакета программ *STATISTICA 6,0* (*Matematica®*, *Matlab®*, *Harvard Graphics®*) американской фирмы *StatSoft* (1995 г.).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам голландского опросника в группе пациентов с СД 1 типа преобладали экстернальное (55,6%) и нормальное (27,8%) пищевое поведение, в отличие от пациентов с СД 2 типа, где чаще встречались сочетания 2 (46,6%) и 3 (26,7%) типов нарушения, при отсутствии нормального (рис. 1).

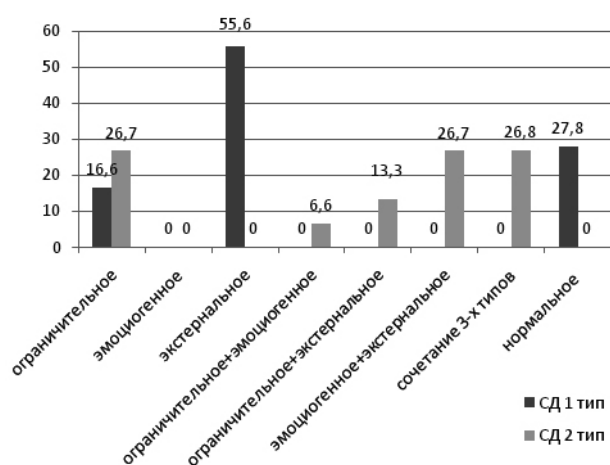


Рис. 1. Структура нарушений пищевого поведения среди пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов

У мужчин чаще выявлялось экстернальное (52,9%) пищевое поведение, у женщин – сочетание (56,3%) 2 и 3 типов. Кластерный анализ показал наличие тесной взаимосвязи между нарушениями пищевого поведения с уровнем компенсации углеводного обмена, давностью заболевания и поздними осложнениями диабета (рис. 2).

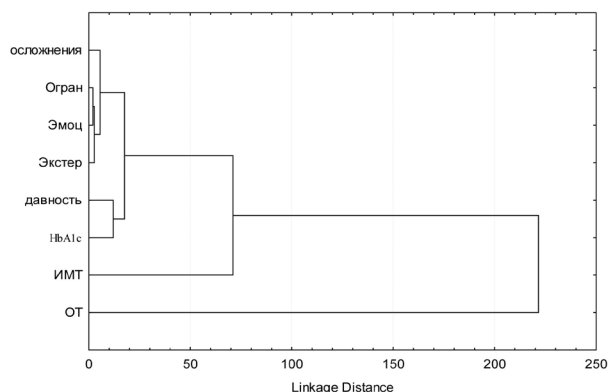


Рис. 2. Иерархическая диаграмма распределения статистически значимой взаимосвязи между признаками (кластерный анализ)

Таблица 1. Результаты оценки качества жизни у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, по данным опросника SF-36

Критерии оценки качества жизни	СД 1 типа <i>n</i> =28	СД 2 типа <i>n</i> =25
Физическое функционирование (<i>PF</i>)	79,7 ± 20,0	55,0 ± 27,3*
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (<i>RP</i>)	52,8 ± 42,8	35,0 ± 41,0
Интенсивность боли (<i>BP</i>)	68,2 ± 22,5	47,8 ± 19,8 **
Общее состояние здоровья (<i>GH</i>)	47,4 ± 23,2	43,4 ± 15,6
Жизненная активность (<i>VT</i>)	55,0 ± 20,1	46,7 ± 22,0
Социальное функционирование (<i>SF</i>)	71,1 ± 22,3	44,3 ± 18,3*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (<i>RE</i>)	53,8 ± 41,5	31,2 ± 40,8
Психическое здоровье (<i>MH</i>)	56,2 ± 21,8	53,9 ± 20,3

Примечание: * – достоверность $p \leq 0,05$, ** – достоверность $p \leq 0,01$

По оценке результатов шкалы тревоги Спилберга у пациентов с СД 1 типа в равной степени встречалась умеренная (у 44,4% больных) и высокая (у 44,4%) ситуационная тревожность, а у 73,3% пациентов с СД 2 типа доминировала высокая ситуационная тревожность. Личностная тревожность находилась на высоком уровне у 50,0% больных с СД 1 типа и у 53,3% – с СД 2 типа.

По результатам анализа данных опросника SF-36 (оценка качества жизни) у пациентов с диабетом 1 типа более низкие показатели были по шкале общее здоровье, рольное функционирование, обусловленное как физическим, так и эмоциональным состоянием (табл. 1). Качество жизни у пациентов с СД 2 типа достоверно было ниже по показателям физического функционирования ($55,0 \pm 27,3$ и $79,7 \pm 20,0$ ($p < 0,05$), соответственно), интенсивности боли ($47,8 \pm 19,8$ и $68,2 \pm 22,5$ ($p < 0,01$)), социального функционирования ($44,3 \pm 18,3$ и $71,1 \pm 22,3$ ($p < 0,05$)). С возрастом у пациентов с 1 типом диабета достоверно ухудшались показатели физического функционирования ($r = -0,55$, $p < 0,05$), рольного, обусловленного физическим состоянием ($r = -0,42$, $p < 0,05$), общего здоровья ($r = -0,38$, $p < 0,05$) и жизнеспособности ($r = -0,47$, $p < 0,05$). Длительность сахарного диабета 1 типа негативно влияла на показатели общего здоровья, жизнеспособности и психического здоровья (табл. 2). На показатели качества жизни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа оказывал влияние возраст больных – с увеличением возраста ухудшалось социальное функционирование ($r = -0,34$, $p < 0,05$). Длительность диабета достоверно не влияла на качество жизни (табл. 3). Корреляционный анализ показал наличие достоверных связей между качеством жизни и уровнем тревоги, как черты личности у больных, страдающих диабетом 1 типа.

Таблица 2. Корреляционная матрица основных показателей качества жизни, давности заболевания и возраста пациентов с сахарным диабетом 1 типа

	Возраст	Давность	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Возраст	1,000000	0,474863	-0,554442	-0,419939	-0,298851	-0,387119	-0,470885	-0,308110	0,105383	-0,174219
Давность	0,474863	1,000000	-0,295016	-0,050158	-0,097916	-0,445516	-0,514408	-0,233914	0,175379	-0,402225
PF	-0,554442	-0,295016	1,000000	0,673738	0,487513	0,298573	0,509504	0,482756	0,247840	0,342070
RP	-0,419939	-0,050158	0,673738	1,000000	0,521985	0,171863	0,661505	0,753690	0,517571	0,395215
BP	-0,298851	-0,097916	0,487513	0,521985	1,000000	0,496332	0,550302	0,561167	0,479926	0,431260
GH	-0,387119	-0,445516	0,298573	0,171863	0,496332	1,000000	0,486886	0,373101	0,061553	0,508003
VT	-0,470885	-0,514408	0,509504	0,661505	0,550302	0,486886	1,000000	0,796422	0,411375	0,785542
SF	-0,308110	-0,233914	0,482756	0,753690	0,561167	0,373101	0,796422	1,000000	0,562529	0,709937
RE	0,105383	0,175379	0,247840	0,517571	0,479926	0,061553	0,411375	0,562529	1,000000	0,496863
MH	-0,174219	-0,402225	0,342070	0,395215	0,431260	0,508003	0,785542	0,709937	0,496863	1,000000

Примечание: отмеченные корреляции с достоверностью $p < 0,05$

Таблица 3. Корреляционная матрица основных показателей качества жизни, давности заболевания и возраста пациентов с сахарным диабетом 2 типа

	Возраст	Давность	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH	GH
Возраст	1,000000	0,348019	0,070457	0,071575	-0,105448	-0,345840	0,003723	-0,001986	-0,020574	-0,039453
Давность	0,348019	1,000000	-0,094205	0,068568	0,166640	-0,073886	-0,159375	-0,061138	0,117697	-0,144277
PF	0,070457	-0,094205	1,000000	0,401990	0,427474	0,530880	0,683968	0,606289	0,566494	0,544570
RP	0,071575	0,068568	0,401990	1,000000	0,680503	0,455762	0,470530	0,501773	0,452498	0,462543
RE	-0,105448	0,166640	0,427474	0,680503	1,000000	0,475380	0,365023	0,260421	0,427107	0,255985
SF	-0,345840	-0,073886	0,530880	0,455762	0,475380	1,000000	0,455080	0,537053	0,462552	0,486661
BP	0,003723	-0,159375	0,683968	0,470530	0,365023	0,455080	1,000000	0,692318	0,649737	0,712845
VT	-0,001986	-0,061138	0,606289	0,501773	0,260421	0,537053	0,692318	1,000000	0,731916	0,766976
MH	-0,020574	0,117697	0,566494	0,452498	0,427107	0,462552	0,649737	0,731916	1,000000	0,703843
GH	-0,039453	-0,144277	0,544570	0,462543	0,255985	0,486661	0,712845	0,766976	0,703843	1,000000

Примечание: отмеченные корреляции с достоверностью $p < 0,05$

Так, с увеличением уровня тревоги становились хуже показатели физического ($r = -0,53$, $p < 0,05$) и эмоционального функционирования ($r = -0,42$, $p < 0,05$), интенсивности боли ($r = -0,35$, $p < 0,05$), жизнеспособности ($r = -0,57$, $p < 0,05$), общего ($r = -0,47$, $p < 0,05$) и психического здоровья ($r = -0,68$, $p < 0,05$). У пациентов с СД 2 типа тревожность как личностная, так и реактивная более существенно влияли на качество жизни: нарастание личностной тревожности сопровождалось ухудшением показателей по следующим шкалам: интенсивность боли ($r = -0,46$, $p < 0,05$), общее здоровье ($r = -0,45$, $p < 0,05$), жизнеспособность ($r = -0,60$, $p < 0,05$), социальное функционирование ($r = -0,46$, $p < 0,05$) и психическое здоровье ($r = -0,6$, $p < 0,05$). Тревога как клиническое состояние имела тесную связь со всеми шкалами опросника SF-36, кроме физического функционирования: ролевым функционированием ($r = -0,52$, $p < 0,05$), интенсивностью боли ($r = -0,53$, $p < 0,05$), общим здоровьем ($r = -0,43$, $p < 0,05$), жизнеспособностью ($r = -0,75$, $p < 0,05$), социальным функционированием ($r = -0,71$, $p < 0,05$), эмоциональным функционированием ($r = -0,46$, $p < 0,05$) и психическим здоровьем ($r = -0,74$, $p < 0,05$). При математическом моделировании с построением

3D-графиков была выявлена связь между уровнем компенсации углеводного обмена и показателями качества жизни: у пациентов с СД 1 типа – с физическим функционированием и интенсивностью боли, у больных с диабетом 2 типа – с общим здоровьем. Улучшение компенсации углеводного обмена по уровню гликированного гемоглобина сопровождалось повышением показателя общего здоровья (рис. 3).

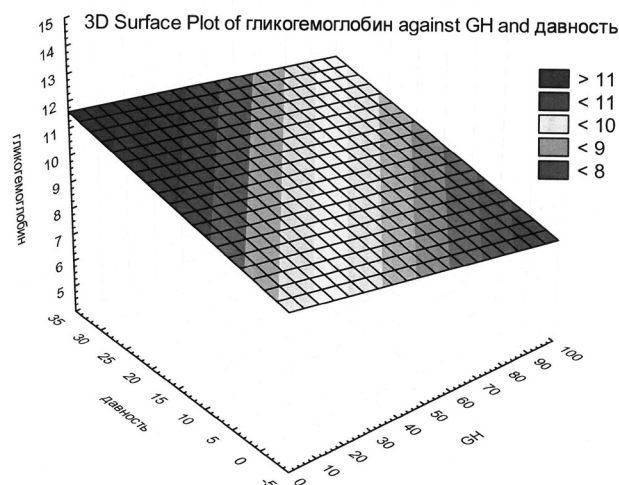


Рис. 3. Корреляционные связи между уровнем гликированного гемоглобина, давностью диабета и общим здоровьем у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Вывод. У большинства обследованных пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов были выявлены различные нарушения пищевого поведения, причем у больных со 2 типом встречались комбинации из 2 и 3 видов нарушений. Нарушения пищевого поведения могут оказывать влияние на компенсацию углеводного обмена, усугубляться при прогрессировании диабета и вносить вклад в развитие поздних осложнений. Конституциональная и реактивная тревожность чаще наблюдались у пациентов со 2 типом диабета, и значительно влияли на различные параметры качества жизни. Качество жизни оказалось низким как у пациентов, страдающих СД 1 типа, так и СД 2 типа, но, более низкие показатели качества жизни были установлены у больных с диабетом 2 типа. С увеличением длительности диабета, возраста пациентов и декомпенсации углеводного обмена качество жизни прогрессивно ухудшалось.

Знание исходного качества жизни и понимание влияния его на течение заболевания позволяют разрабатывать индивидуальную тактику лечения с учетом биомедицинских и психосоциальных аспектов заболевания.

УДК 616-084:343.81:338.001.36

И. Н. Бакшаев^{1,2}, Е. Ю. Шкатова¹, С. Г. Логинова²

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

²ФКУЗ МСЧ № 18 Федеральной службы исполнения наказаний России, г. Ижевск

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

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

В статье представлены методика и результаты расчетов экономической эффективности третичной профилактики, проводимой в отношении хронических больных пенитенциарных учреждений Удмуртской Республики.

Ключевые слова: пенитенциарная медицина; осужденные; профилактические мероприятия

I. N. Bakshaev^{1,2}, Ye. Yu. Shkatova¹, S. G. Loginova²

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

²Medical Institution № 18 of Federal Penitentiary System, Izhevsk

ECONOMIC EFFICIENCY OF PREVENTIVE ACTIONS IN PENITENTIARY INSTITUTIONS

Bakshaev Ilya Nikolaevich — graduate student, Inspector - doctor of the Department of Medical and Preventive Work; Shkatova Yelena Yuryevna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., e-mail: army@igma.udm.ru; Loginova Svetlana Gennadevna — Head of the medical unit

The article presents the methodology and results of the calculations of economic efficiency of tertiary prevention, carried out in the relation to the chronically patients in penitentiary institution of the Udmurt Republic.

Key words: penitentiary medicine; prisoners; prevention.

Список литературы:

1. Бахтадзе, Т. Р. Психо-эмоциональные расстройства при некоторых эндокринных заболеваниях и сахарном диабете / Т. Р. Бахтадзе, О. М. Смирнова, А. О. Жуков // Сахарный диабет. — 2004. — № 2. — С. 54–57.
2. Вербовой, А. Ф. Анализ пищевого поведения больных сахарным диабетом и ожирением / А. Ф. Вербовой, Е. В. Митрошина, О. Н. Комаржина // Ожирение и метаболизм. — 2008. — № 3.
3. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования / Ю. А. Шишкова [и др.] // Сахарный диабет. — 2011. — № 3. — С. 70–74.
4. Куандыков, Е. К. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного / Е. К. Куандыков, Ж. С. Абдрахманов // Валеология. — 2010. — № 3. — С. 10.
5. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.
6. Пузикова, О. З. Нарушения психо-эмоциональной сферы у подростков, больных сахарным диабетом I типа / О. З. Пузикова, А. А. Афонин, Е. В. Вербицкий // Педиатрия. — 2006. — № 4. — С. 18–22.
7. Сапожникова, И. Е. Особенности пищевого поведения пациентов с сахарным диабетом / И. Е. Сапожникова, Е. И. Тарловская, Т. П. Веденская // Терапевтический архив. — 2012. — № 12. — С. 71–75.
8. Салмина-Хвостова, О. И. Расстройства пищевого поведения при ожирении / О. И. Салмина-Хвостова // Здравоохранение Чувашии. — 2010. — № 1. — С. 19–29.
9. Соловьева, А. В. Факторы риска формирования нарушений пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела и ожирением / А. В. Соловьева // Медицинский альманах. — 2013. — № 6 (30). — С. 178–180.

Медицинская профилактика — раздел профилактической медицины, который состоит в общем комплексе лечебно-профилактических

мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обязательно включающий врачебно-медицинскую составляющую [1].

В зависимости от того, на каком этапе осуществляется профилактическое воздействие, выделяют различные уровни профилактики. Ряд специалистов предлагает ввести понятие «третичная профилактика». В широком понимании третичная профилактика имеет целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию пациентов с хронической патологией. Основная задача этого вида профилактики – предупреждение инвалидизации и реабилитация данной группы населения [3, 4].

По данным Росстата, доля инвалидов среди населения Российской Федерации в 2012–2014 гг. составляла 9,2, 9,1 и 9,0 %, соответственно. Осужденные к лишению свободы обладают правами и свободами граждан РФ с ограничениями, установленными законодательством. По состоянию на 2011 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) содержалось 25108 осужденных инвалидов, т.е. 2,9 % от общей численности осужденных. Главная роль в организации санитарно-гигиенического воспитания, направленного на сохранение и укрепление здоровья лиц, содержащихся в УИС, принадлежит медицинской части исправительного учреждения, которая осуществляет медицинское обследование осужденных в целях выявления заболеваний, диспансерное наблюдение и лечение больных [2].

Цель исследования: дать оценку экономической эффективности профилактических мероприятий, проводимых в учреждениях УИС Удмуртской Республики (УР), направленных на снижение уровня инвалидизации обвиняемых, подозреваемых и осужденных (ОПО).

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи проведен анализ годовых медицинских отчетных форм и данных о выплатах, произведенных лицам, содержащимся в учреждениях УФСИН России по Удмуртской Республике за 2012–2014 гг. Проведена статистическая обработка материала с последующим расчетом экономической эффективности мероприятий.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы *STATISTICA* 6.0. В работе использованы методы выкопировки данных, анализа наблюдений, статистического логического анализа и экономических расчетов.

В 2012 г. в пенитенциарных учреждениях УР содержалось 399 инвалидов, в 2013 г. – 360, в 2014 г. – 305 человек, что составило 4,1; 3,8 и 3,5 %, соответственно, от общего чис-

ла лиц, содержащихся в учреждениях УИС УР. Уровень инвалидизации в 2012 г. составил 4131,3 на 100 тыс. лиц, из них: первой группы – 72,5, второй – 2205,4, третьей – 1853,4 на 100 тыс. лиц. В 2013–2014 гг. уровень инвалидизации снизился до 3766,2 и 3568,1 на 100 тыс. лиц, соответственно, в т.ч. первой группы – 63,3 и 46,5; второй – 2036,1 и 1859,6; третьей – 1666,8 и 1662,0 на 100 тыс. лиц ОПО.

Наиболее значимыми группами заболеваний, приводящими к инвалидизации, были инфекционные заболевания (туберкулез), психические расстройства, болезни системы кровообращения, нервной и костно-мышечной системы. Уровень инвалидизации вследствие туберкулеза за 3-летний период снизился на 34,5 %, с 1491,0 в 2012 г.; 1223,8 в 2013 г. и 976,3 в 2014 г. на 100 тыс. Второй по значимости группой заболеваний были психические расстройства. За анализируемый период уровень инвалидизации вследствие данной патологии вырос с 714,4 до 883,3 на 100 тыс. лиц, прирост составил 26,3 %. Отмечается снижение инвалидизации на 13,0 % вследствие болезней системы кровообращения с 455,6 в 2012 г. до 395,2 на 100 тыс. лиц в 2014 г. Болезни нервной системы в структуре инвалидизации ОПО в 2014 г. были на четвертом месте, их уровень вырос с 248,5 до 267,3 на 100 тыс. лиц, соответственно. Частота инвалидизации вследствие болезней костно-мышечной системы снизилась на 54,6 % (с 486,6 в 2012 г. до 220,8 на 100 тыс. лиц в 2014 г.).

На втором этапе проведен анализ выплат, осуществляемых инвалидам, содержащимся в учреждениях УИС УР, в зависимости от группы инвалидности. При исследовании не учитывался фактор движения (освобождение, перевод в исправительные учреждения других территориальных органов и т.д.) ОПО. Регистрация числа инвалидов происходит по состоянию на конец года, несмотря на то, что в течение года на него могли производиться выплаты по инвалидности. Среднегодовая выплата на одного инвалида, содержащегося в исправительных учреждениях УФСИН России по УР в 2012 г. составила 69334,4 рублей на заключенного первой группы, 80306,2 рублей – второй, 65995,7 – третьей группы. Те же выплаты в 2014 г. выросли до 171955,7; 98078,3 и 73771,5 рублей, соответственно. Среднегодовые выплаты за трехлетний период составили: 135107,0 рублей на инвалида первой группы, 93995,6 – второй и 68691,3 – третьей группы в год.

Для проведения расчета экономической эффективности в денежном эквиваленте были рассчитаны промежуточные показатели: 1) среднесписочная численность лиц, содержащихся в учреждениях УФСИН России по УР в 2012 и 2014 гг.; 2) расчетное число инвалидов, которое содержалось бы в учреждениях УИС УР в 2014 г., при уровне инвалидизации равной 2012 году составляло бы: 6 инвалидов первой, 190 – второй и 159 – третьей группы; 3) разность показателей инвалидизации в 2012 и 2014 гг. составила 26,0 для первой, 345,6 – для второй, 191,2 на 100 000 лиц – для третьей группы инвалидности. Следовательно, разница между расчетным и фактическим числом инвалидов, содержащихся в учреждениях УИС УР составила: 4 инвалида первой, 30 – второй и 16 – третьей группы.

Имея данные о среднегодовых выплатах, о разнице между расчетным и фактическим числом инвалидов можно рассчитать экономическую эффективность при снижении инвалидизации. Расчет проводился по каждой группе инвалидности. Предложен следующий порядок расчета: экономическая эффективность профилактических мероприятий инвалидизации = среднегодовая выплата на 1 инвалида × (расчетное число инвалидов в данном году – фактическое число инвалидов в данном году).

Согласно проведенных расчетов, экономическая эффективность составила: 572 221,4 рублей – для первой, 2 796 857,9 – для второй и 1 131 048,9 – для третьей группы инвалидности. Профилактические мероприятия, проводимые сотрудниками ФКУЗ МСЧ-18 ФСИН России по снижению инвалидизации осужденных, содержащихся под стражей в учреждениях УИС УР при взаимодействии с профильными учреж-

дениями Министерства здравоохранения УР привели к положительному экономическому эффекту, который составил 4 500 128,2 рублей.

Таким образом, мероприятия по профилактике инвалидизации имеют не только гуманитарную эффективность в виде снижения доли лиц с существенными ограничениями жизнедеятельности, обусловленной нарушениями в сфере самообслуживания, общения, обучения, овладения профессиональными навыками, но и экономическую эффективность, составившую более 4,5 млн рублей. Проведенный анализ подтверждает высокую потребность в совершенствовании организации медико-профилактического сопровождения осужденных и лиц, содержащихся под стражей в пенитенциарных учреждениях.

Список литературы:

1. **Агапитов, А. Е.** Терминология профилактической медицины: монография / А. Е. Агапитов, Д. В. Пивень. – 2-е изд., перераб. и доп. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 172 с.
2. **Бакшаев, И. Н.** К вопросу профилактики инвалидизации в учреждениях УФСИН России по Удмуртской Республике / И. Н. Бакшаев, С. Г. Логинова, Е. Ю. Шкатова // Пенитенциарная медицина: история, современное состояние и перспективы развития: сборник материалов конференции, посвященной 10-летию филиала (г. Ижевск) ФКУ НИИ ФСИН России, 25.09.2015. – М.: Изд-во ФКУ НИИ ФСИН России, 2015 – С. 76–77.
3. **Ткаченко, В. С.** Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов: учебное пособие / В. С. Ткаченко. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2012. – 384 с.
4. **Шкатова, Е. Ю.** К вопросу о третичной профилактике в пенитенциарных учреждениях / Е. Ю. Шкатова, И. Н. Бакшаев // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы III Международной научно-практической конференции. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. – Улан-Удэ: Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления, 2015. – С. 344–345.

УДК 618.19-006-036.88-037 (470.51)

С. В. Батов¹, О. Н. Юшкова², Л. И. Батова², И. В. Чигвинцев², А. А. Тимофеева¹

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

²БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Батов Сергей Викторович – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426003, г. Ижевск, ул. Вадима Сивкова, д. 88, кв. 44, тел.: 8 (912) 769-22-59, e-mail: bsv@idz.ru; **Юшкова Ольга Николаевна** – заведующий организационно-методическим отделом; **Батова Любовь Ивановна** – заместитель главного врача по медицинской части; **Чигвинцев Иван Владимирович** – врач-рентгенолог; **Тимофеева Александра Александровна** – клинический интерн кафедры

В статье представлены некоторые статистические данные по раку молочной железы у женщин в Удмуртской Республике, предложены пути снижения смертности от этого заболевания.

Ключевые слова: рак молочной железы; смертность; скрининг

S. V. Batov¹, O. N. Yushkova², L. I. Batova², I. V. Chigvincev², A. A. Timofeeva¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Oncology

²Republic Oncological Clinic, Izhevsk

BREAST CANCER MORTALITY REDUCTION IN UDMURT REPUBLIC

Batov Sergey Viktorovich — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426003, Izhevsk, 88 Vadima Sivkova st., кв. 44, tel.: 8 (912) 769-22-59, e-mail: bsv@idz.ru; **Yushkova Olga Nikolayevna** — Head of Organizational and Methodical Department; **Batova Lyubov Ivanovna** — Deputy Head Doctor; **Chigvintsev Ivan Vladimirovich** — Radiologist; **Timofeyeva Alexandra Alexandrovna** — Clinical Intern of the Department.

The article presents some of the statistics on women's breast cancer in the Republic of Udmurtia. It also offers ways of reduction of mortality caused by this disease.

Key words: breast cancer; mortality; screening

Рак молочной железы (РМЖ) — одно из социально значимых заболеваний у женщин. Это также актуальная проблема современной онкологии, поскольку в структуре злокачественных опухолей у женщин РМЖ занимает первое место в России, большинстве стран Европы и Северной Америки [2]. Диагностика РМЖ на ранних стадиях является основной целью скрининговых программ [1, 3]. Важно отметить, что данное заболевание, диагностированное и леченное на ранних этапах развития, характеризуется хорошим прогнозом и высокими показателями безрецидивной и общей выживаемости [4]. Благодаря ранней диагностике возможно проводить органосохраняющее лечение с полноценной медицинской и социальной реабилитацией больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочных желез.

Цель исследования: рассмотреть возможные пути снижения смертности от РМЖ у женщин в Удмуртской Республике (УР).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных Популяционного ракового регистра Удмуртской Республики за десять лет (2006–2015 гг.) для оценки некоторых статистических показателей онкологической службы по РМЖ.

Результаты исследования и их обсуждение. На протяжении ряда лет заболеваемость РМЖ среди женского населения республики занимает первое ранговое место среди всех ЗНО. Далее следуют злокачественные опухоли кожи, ободочной кишки, гемобластозы и др. В 2015 г. в УР доля РМЖ среди всех выявленных злокачественных опухолей у женщин составила 18,0%. Заболеваемость равнялась 69,1 (на 100 тыс. женского населения). Абсолютное число вновь заболевших составило 566 женщин.

В Российской Федерации (РФ) в 2014 г. вновь выявлено 65 088 пациенток с диагнозом РМЖ (21,2% от всех ЗНО у женщин), заболеваемость составила 83,0 (на 100 тыс. женского населения).

Полученные данные свидетельствуют о том, что за десятилетний период (с 2006 по 2015 г.) отмечается рост показателя заболеваемости РМЖ женщин в УР. Показатель смертности остается относительно стабильным (рис. 1).

Показатель смертности является индикатором деятельности онкологической службы. Популяционный маммографический (МГ) скрининг позволяет своевременно выявить РМЖ на 30% и более. Однако для реализации подобных проектов требуется семь и более лет [2].

Программа МГ скрининга в УР начала реализовываться с 2011 г., когда при рентгенодиагностическом отделении Республиканского клинического онкологического диспансера стал функционировать диагностический референс-центр для чтения оцифрованных маммограмм, присланных на внешних носителях, выполненных в городах и районных центрах республики, где имеются маммографы.

По нашим данным подтверждается и тот факт, что РМЖ встречается чаще у женщин в возрастном интервале 50–69 лет.

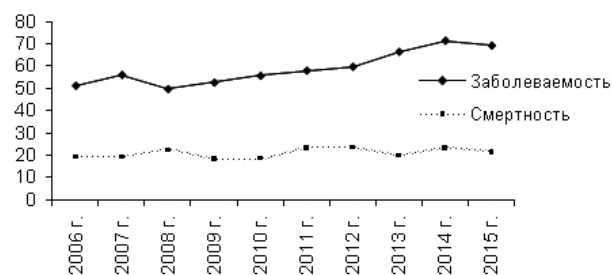


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости и смертности женщин от РМЖ в УР за период 2006–2015 гг. (на 100 тыс. женского населения)

В течение последних десяти лет в УР доля пациенток, выявляемых в I–II стадиях заболевания, находится примерно на одном уровне (в 2015 г. – 72,0%; в среднем составляя 68,4%; в РФ в 2014 г. – 68,1 %), процент регистрируемых в IV стадии несколько уменьшился (в 2015 г. – 6,2%; в среднем – 6,2%; в РФ в 2014 г. – 8,4 %).

Эффективность МГ скрининга определяется числом выявленных ранних раков (I стадия). В 2015 г. отмечено увеличение доли зарегистрированных больных с I стадией РМЖ среди всех взятых на учет с этим диагнозом (32,6%, для сравнения в РФ в 2014 г. – 23,6%). Если данная тенденция сохранится в дальнейшем, то можно будет считать программу МГ скрининга эффективной.

РМЖ это заболевание визуальной (т. е. наружной) локализации и поэтому следует признать, что недостаточное число больных выявляется на профосмотрах (в 2015 г. выявлено 154 человека или 29,5 % от всех зарегистрированных).

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно выявляется более миллиона новых случаев РМЖ. Доля погибших от этого заболевания составляет приблизительно половину от общего числа заболевших. В УР за десять лет показатель смертности от РМЖ не имеет значительного роста (2006 г. – 19,4 на 100000; 2015 г. – 21,5; среднее значение – 21,0; в РФ в 2014 г. – 29,1 на 100000). В течение последних десяти лет отмечается снижение показателя одногодичной летальности от РМЖ (2006 г. – 7,9% от числа зарегистрированных с этой патологией за год; 2015 г. – 4,7%; среднее значение – 6,9%; в РФ в 2014 г. – 7,3 %).

Пациенты с диагнозом РМЖ, состоящие на диспансерном учёте пять и более лет, составляют довольно значительную часть от всего контингента с этой патологией (2006 г. – 60,6%; 2015 г. – 61,8%; среднее значение – 61,9%; в РФ в 2014 г. – 59,5%).

Об улучшении лечения РМЖ, главным образом за счёт применения лекарственного противоопухолевого компонента, можно судить по такому показателю как накопление контингентов больных с зарегистрированным диагнозом РМЖ (рис. 2).

Интерес представляет и тот факт, что в 2014 г. по заболеваемости раком молочной железы у женщин УР была на 65-м месте, а по смертности на 64-м из 84-х территориальных образований РФ.

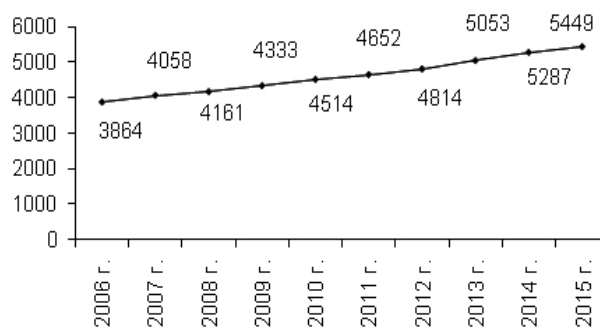


Рис. 2. Динамика накопления контингентов больных с диагнозом РМЖ в УР в 2006–2015 гг. (в абсолют. числах)

Эти показатели в какой-то мере могут характеризовать и деятельность онкологической службы республики, а они, по официальным статистическим данным, не худшие в стране.

Вывод. Динамика некоторых статистических показателей по РМЖ в УР за последние десять лет в целом соответствует среднероссийским тенденциям. Статистические показатели диагностики и лечения РМЖ в УР соответствуют средним по РФ. Однако останавливаться на достигнутом нельзя. Имеются большие резервы по улучшению работы. Основная цель, поставленная перед здравоохранением, это снижение смертности от ЗНО. Как известно, снижение смертности от РМЖ и успехи в лечении во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии пятилетний срок переживает 90–95 % больных, при IV – менее 10 %. Поэтому качественная диагностика – это первостепенная задача онкологической службы применительно ко всем ЗНО и к РМЖ в частности. Реализации цели по снижению смертности от РМЖ в УР способствует организация МГ скрининга.

Список литературы:

1. Захарова, Н.А. Опыт организации скрининговых мероприятий по ранней диагностике рака молочной железы в условиях северных регионов России / Н.А. Захарова, Е.В. Котляров // Российский онкологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 31–32.
2. Захарова, Н.А. Скрининг рака молочной железы: проблемы и решения / Н.А. Захарова, В.Ф. Семиглазов, С.В. Даффи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 176 с.
3. Моисеенко, В.М. Современное лекарственное лечение местно-распространенного и метастатического рака молочной железы / В.М. Моисеенко, В.Ф. Семиглазов, С.А. Тюлядин. – СПб.: Гриффон, 2007. – 254 с.
4. Семиглазов, В.Ф. Опухоли молочной железы (профилактика и лечение) / В.Ф. Семиглазов, К.Ш. Нургазиев, А.С. Арзуманов. – Алматы, 2011. – 344 с.

УДК:616-053.5:613.7:57017

Е. А. Ботникова¹, М. К. Ермакова¹, Г. В. Павлова², Г. В. Соколова¹

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

¹Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии²Кафедра гигиены**ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТИ ЛИЦЕИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНОТИПОВ**

Ботникова Елена Аркадьевна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-912-761-04-04, e-mail: kafedrapdb@yandex.ru; Ермакова Маргарита Кузьминична — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Павлова Галина Владимировна — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Соколова Галина Валерьевна — интерн кафедры

В статье содержатся сведения по клинической характеристике учащихся-лицеистов, относящихся к различным хронотипам, их умственной работоспособности, успеваемости. Преобладают дети с дневным хронотипом, отмечена большая утомляемость «сов» по сравнению с «голубями» и «жаворонками».

Ключевые слова: лицеисты; хронотип; состояние здоровья; утомляемость

Ye. A. Botnikova¹, M. K. Ermakova¹, G. V. Pavlova², G. V. Sokolova¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Propedeutics of Childhood Diseases with a Course of Polyclinic Pediatrics²Department of Hygiene**DESCRIPTION OF HEALTH AND PERFORMANCE OF LYCÉE STUDENTS WITH DIFFERENT CHRONOTYPES**

Botnikova Yelena Arkadevna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 89127610404, e-mail: kafedrapdb@yandex.ru; Ermakova Margarita Kuzminichna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Pavlova Galina Vladimirovna — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; Sokolova Galina Valeryevna — Intern

The article presents the information on clinical description of lycée students belonging to different chronotypes, their mental performance and academic achievement. It has been shown that children with the afternoon chronotype prevail over the morning and evening ones; fatigability of «owls» is bigger compared with «doves» and «larks».

Key words: lycée students; chronotype; health status; fatigability

Биологические ритмы (биоритмы) — периодически повторяющиеся изменения интенсивности и характера биологических процессов и явлений. Ритмический характер свойствен многим физиологическим процессам, протекающим в организме человека (суточные колебания артериального давления, температуры тела и др.). Установлен циклический характер физического состояния и психологических функций. Нарушение ритмов жизнедеятельности может снижать работоспособность, адаптационные возможности, оказывать неблагоприятное воздействие на организм человека [2, 3].

Условно среди людей выделяют 3 основных хронотипа: утренний («жаворонки»), вечерний («совы»), индифферентный («голуби»), а также переходные между основными [5]. Для каждого из этих типов подъем интеллектуальной и физической активности наступает в соответствующие периоды времени, поэтому адаптация человека, особенно детей, к учебному процессу зависит от того, к какому хронотипу они относятся, отмечаются и некоторые гендерные различия [6]. Например, учащиеся с утренним хронотипом

раньше включаются в рабочий процесс, легче усваивают новые знания. В конечном итоге различия по хронотипу отражаются на успеваемости и утомляемости. Дети с вечерним хронотипом в целом успевают хуже сверстников с утренним хронотипом и устают быстрее. Отмечено также, что одной из вероятных причин зависимости успеваемости и утомляемости от хронотипа является неодинаковое время, отводимое детьми на сон. Дети с поздним хронотипом, в соответствии со своими биологическими особенностями, утром вынуждены просыпаться рано из-за необходимости идти на занятия. У них утром снижено внимание, повышена сонливость, ухудшено качество сна ночью, повышена частота эмоциональных расстройств и травматизма, вследствие чего снижается иммунитет и повышается риск заболевания острыми инфекциями. Дети с вечерним хронотипом компенсируют накопленный за учебную неделю недостаток сна, и в выходные дни спят больше, чем дети с ранним хронотипом.

Как показали исследования В.А. Доскина, Н.Н. Куинджи [4], хронотип ребенка во многом определяет поведенческую активность и реак-

тивность организма, служит ориентиром для разработки научно обоснованного режима труда и отдыха. У «жаворонков» повышение внимания наступает в 8–10 часов, а у «сов» только к 16 часам. Постепенно, с 10 до 45 лет, происходит расширение зоны биоритмологического оптимума активности, организм «отвоёвывает» все больший промежуток времени максимального подъема работоспособности.

Изучение биологических ритмов учащихся открывает новые возможности для регуляции и управления процессами, протекающими в их организме под влиянием различных внутренних и внешних факторов, позволяет выработать рекомендации по сохранению работоспособности и здоровья, что особенно важно в учебных заведениях с повышенным уровнем образования (лицей, гимназии).

Цель исследования: изучить состояние здоровья лицеистов, успеваемость, работоспособность, выявить зависимость от хронобиологического типа для последующего координирования учебной деятельности и режима дня.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи: оценить уровень физического развития и состояние соматического здоровья; определить особенности циркадной активности лицеистов, разделив учеников на группы в соответствии с хронотипом; оценить показатели работоспособности и успеваемости учащихся каждой хронотипической группы.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили лицеисты 8, 9 и 11 классов физико-математического, химико-биологического, социально-гуманитарного и информационно-технологического профиля лицея г. Воткинска Удмуртской Республики. Было обследовано 155 учащихся (72 юноши и 83 девушки) от 14 до 17 лет. Определение хронобиологических типов проводилось по тесту Хорна-Остберга, оценка умственной работоспособности по Э. Крепелину по «упражняемости и утомляемости» [1].

Результаты исследования и их обсуждение. При определении хронобиологических типов лицеистов выявлено, что «совы» составили меньшинство, 9,6%, из всех исследованных школьников; «голуби» – большинство, 56,3%; «жаворонки» составили 34,1%. По результатам тестирования «совами» явились 8,4% девушек и 9,7% юношей; «голубыми» оказались 63,9% девушек и 48,7% юношей и «жаворонками» – 27,7 и 41,6%, соответственно.

Среди всех лицеистов преобладали подростки со средним (58,5%), гармоничным (94,0%) физическим развитием. Все дисгармонично развитые учащиеся оказались с избытком массы тела I степени (оба пола). В структуре функциональных отклонений и хронических заболеваний у лицеистов на первом ранговом месте находились расстройства системы пищеварения с показателем 40,3 на 100 исследованных, на втором оказались болезни глаза и его придаточного аппарата (29,3 на 100 детей), на третьем месте – болезни костно-мышечной системы, на четвертом – болезни нервной системы с показателями 13,6 и 8,1 на 100 исследованных, соответственно. Имеют I группу здоровья 9,3% лицеистов. II группа здоровья определена у половины (50,8%) учащихся. III группу здоровья – хроническую патологию в стадии ремиссии – имеют 36,7% лицеистов, а в стадии неполной ремиссии – IV группа – оказалась у 3,2%.

Исследование работоспособности выявило, что «совы» подвержены утомлению быстрее в связи с особенностями их суточных ритмов (коэффициент утомляемости 0,85). Меньше всего утомлялись лицеисты, имевшие дневной тип, «голуби», т.е. адаптация к учебному процессу у них была наиболее высока, 0,87, пик активности мозга при этом типе суточного ритма распределен на весь день приблизительно одинаково. «Жаворонки» с коэффициентом утомляемости 0,86 занимали промежуточное положение между утренним и дневным хронотипом.

По результатам итоговых оценок за первое полугодие среди всех хронотипов по успеваемости преобладали «хорошисты»: среди «голубей» их доля составила 58,8%, среди «жаворонков» – 55,5%, меньше всего среди «сов» – 43,8%. На «удовлетворительно» учились 37,4% «сов», 34,1% «голубей» и 27,8% «жаворонков». Среди «отличников» больше было «сов» – 18,8% и «жаворонков» – 16,7%, вдвое меньше «голубей» – 7,1%.

Вывод. Для сохранения работоспособности и здоровья необходима выработка рекомендаций по режиму дня, нивелированию влияния различных внутренних факторов с учетом особенностей циркадной активности лицеистов.

Список литературы:

1. Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.
2. Агаджанян, Н.А. Учение о здоровье и проблемы адаптации / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – Ставрополь, 2000. – 203 с.

3. **Ботникова, Е.А.** Комплексная оценка состояния здоровья школьников в процессе непрерывного наблюдения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Е.А. Ботникова. – Ижевск, 2002. – 21 с.

4. **Доскин, В.А.** Биологические ритмы растущего организма / В.А. Доскин, Н.Н. Куинджи. – М.: Медицина, 1989. – 224 с.

5. **Рапопорт, С.И.** Хронобиология и хрономедицина: руководство / С.И. Рапопорт, В.А. Фролов, Л.Г. Кетагурова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 480 с.

6. **Adan, A.** Gender differences in morningness eveningness preference, text / A. Adan, V. Natale // Chronobiol. Int. – 2002. – V. 19. – P. 709.

УДК 614.22-616-091.0

В. З. Терехов¹, Н. А. Кирьянов², А. Н. Чернов¹, М. В. Терехов¹, С. А. Шкляев³

¹БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР», г. Ижевск

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

Кафедра патологической анатомии

³БУЗ УР «Сарапульская городская больница № 1 МЗ УР»

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТ И УСЛУГ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТИИ

Терехов Владимир Захарович – начальник; г. Ижевск, Воткинское шоссе, 85, тел. (3412) 468653, e-mail - guzrpab@gmail.com; **Кирьянов Николай Александрович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Чернов Александр Никандрович** – заместитель начальника; **Терехов Михаил Владимирович** – врач-патологоанатом; **Шкляев Сергей Алексеевич** – заведующий патологоанатомическим отделением

В статье показана диагностическая и экспертная роль патологоанатомической службы, которая заключается в контроле за качеством диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений, а также прижизненного патологоанатомического исследования и динамического контроля за эффективностью лечения (повторные биопсии). Предложен интегральный показатель качества работы патологоанатомической службы.

Ключевые слова: патологоанатомическая служба; контроль качества

V. Z. Terekhov¹, N. A. Kiryanov², A. N. Chernov¹, M. V. Terekhov¹, S. A. Shklyayev³

¹Republic Pathology Bureau, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Pathologic Anatomy

³Sarapul Municipal Clinical Hospital No.1

ASSESSMENT OF QUALITY OF WORK OF PATHOLOGY SERVICE BY HEALTH CARE INSTITUTIONS OF UDMURTIA

Terekhov Vladimir Zakharovich – Head of the Bureau; 426054, Izhevsk, 85 Votkinskoye Shosse st., tel. 8 (3412) 46-86-53, e-mail: guzrpab@gmail.com; **Kiryanov Nikolay Alexandrovich** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Chernov Alexandr Nikolayevich** – Deputy Head of the Bureau; **Terekhov Mikhail Vladimirovich** – Pathologist; **Shklyayev Sergey Alexeyevich** – Head of the Pathology Department

The paper shows diagnostic and expert role of pathology service, which includes monitoring the quality of diagnosis and treatment based on clinical and morphological comparisons, intravital pathology examination and the dynamic control of the effectiveness of treatment (repeat biopsy). An integral index of quality of work of pathology service is suggested.

Key words: pathology service; quality control

Патологоанатомическая служба (ПАС) занимает важное место в системе здравоохранения. На неё возложены ответственные задачи по прижизненной и посмертной диагностике заболеваний, контролю качества диагностической и лечебной работы в государственных и негосударственных учреждениях здравоохранения, обеспечению органов управления здравоохранения, государственной статистики и страховых организаций достоверной информацией о смертности населения, неблагоприятных последствиях и осложнениях медицинских вмешательств [1,2,4].

Особенностью ПАС является то, что потребителями результатов ее деятельности яв-

ляются не пациенты, а учреждения здравоохранения (врачи, работающие в них). Поэтому на патологоанатомов возлагаются особые требования. Медицинские услуги можно представить как производственный процесс, преобразующий ресурсы в конечный продукт. При этом качество этого продукта рассматривается с точки зрения структурных показателей, показателей процесса и конечного результата [3]. Среди структурных показателей ведущее место имеют квалификация медицинского персонала, техническая вооруженность учреждения патологоанатомической службы. Показатель процесса прямо связан с квалификацией врача. Применительно к пато-

логоанатомической службе показатель процесса позволяет оценить, насколько диагностические заключения патологоанатома адекватны и применимы к деятельности лечащего врача. Показатель результата включает множественные аспекты, среди которых ведущее место занимает удовлетворённость лечащего врача полученной услугой. Кроме адекватности как показателя соответствия фактически оказанной услуги и ожидания лечащего врача применительно к конкретному пациенту большое значение уделяется экономичности как показателю эффективности использованных средств, а также научно-техническому уровню (современность применяемых методов с учетом современных достижений в области медицинских знаний и технологий). Исходя из вышеизложенного, следует, что качество имеет существенное влияние на конечные результаты в сфере оказания медицинских услуг, на поведение субъектов здравоохранения и на удовлетворённость потребителей оказанными услугами. Поэтому остро встает вопрос об индикаторах качества, среди которых можно назвать безопасность, доступность, экономическую эффективность, адекватность, компетентность персонала и др. Они могут быть выражены в числовых показателях, отражающих частоту соответствия того или иного вида медицинской помощи нормативному требованию и дают представление о качестве составляющих медицинской помощи. В связи с тем, что основным потребителем патологоанатомических работ и услуг выступает лечащий врач, как организатор лечебно-диагностического процесса, то именно он способен высказать обоснованное суждение о полноте, доступности и качестве патологоанатомических работ и услуг. Нами для оценки удовлетворенности потребителей качеством работ и услуг по специальности «патологическая анатомия» была использована анкета, предложенная коллективом авторов, которая включает в себя ряд вопросов: своевременность предоставления потребителю результатов патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (ОБМ) и аутопсийного материала; характер конечного продукта патологоанатомических исследований; удовлетворенность проведением клинико-анатомических сопоставлений. По каждой позиции были предложены варианты ответов, которые позволяют провести оценку каждого признака. Мы провели анкетирование врачей учреждений здравоохранения с последующим анализом анкет. Анализу подвергнут интегральный коэф-

фициент удовлетворенности (ИКУ) качеством патологоанатомических работ и услуг как в целом по учреждению здравоохранения, так и по отдельным разделам работы (качество биопсийной, аутопсийной диагностики, наличие и отсутствие нозологического диагноза, качество проведения клинико-анатомических конференций (КАК); комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ); лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) и т.д.). Обобщенную полуколичественную оценку удовлетворенности качеством патологоанатомических работ и услуг осуществляли по формуле:

$$\text{ИКУ} = \sum P_d + \sum P_{\text{ч}} + \sum P_{\text{н}} \times N,$$

где P_d – значения полного достижения ожидаемого результата; $P_{\text{ч}}$ – сумма значений случаев частичного достижения ожидаемого результата; $P_{\text{н}}$ – сумма значений случаев недостижения предполагаемого результата; N – число респондентов.

Полному достижению предполагаемого результата присваивалось значение «+1», частично достигнутый результат «0», не достигнутый результат «-1».

При этом интегральная градация индекса удовлетворенности была следующей: высокий уровень от 0,60 до 1,00; средний уровень от 0,40 до 0,59; низкий уровень от 0 до 0,39.

Углубленный анализ анкет из учреждений здравоохранения выявил ряд особенностей. Так, по срокам предоставления результатов исследований биопсийного материала ИКУ колебался от 0,33 до 1,0. Аналогичная картина была и с исследованием операционного материала, где ИКУ варьировал от 0,11 до 1,0.

Уровень удовлетворенности потребителя по срочным исследованиям достаточно высокий, за исключением учреждений здравоохранения, которые расположены на значительном расстоянии, и поэтому срочные исследования операционного материала из этих организаций не проводятся.

Представляют интерес данные, полученные при анализе качества конечного продукта прижизненного патологоанатомического исследования. Установлено, что ИКУ колебался от 0,11 до 0,57. Это говорит о том, что врачи учреждений здравоохранения не всегда получают нозологический диагноз. Однако в ряде случаев нозологический диагноз невозможен и наличие описательного заключения (воспаление, склероз, геморрагии и т. д.) могло бы удовлетворить потребителя. Другое дело – наличие нозологического диагноза по посмертным патологоана-

томическим исследованиям, при которых ИКУ варьировал от 0,11 до 1,0.

Проведение клинико-патологоанатомических сопоставлений в целом удовлетворяло врачей-клиницистов (приобретение новых знаний – ИКУ 0,51, качество организации сопоставлений – ИКУ 0,65).

В целом, интегральный коэффициент удовлетворенности качеством патологоанатомических работ и услуг соответствует среднему уровню.

Приведенные данные можно использовать при проведении анализа эффективности деятельности патологоанатомического учреждения и могут быть полезны для прояснения некоторых вопросов. Прежде всего, это касается вопроса о достаточности или недостаточности ресурсов, потребляемых учреждением. Более того, можно говорить

о том, является ли учреждение эффективным при наличии имеющихся у него ресурсов. Нужно ли врачам-патологоанатомам переходить на узкую специализацию или они должны оказывать широкий спектр услуг. Можно ли снизить издержки, и каким путем этого достичь и т. д.

Список литературы:

1. Пальцев, М. А. Руководство по биопсийно-секционному курсу / М. А. Пальцев, В. Л. Коваленко, Н. М. Аничков. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.
2. Приказ МЗ РФ № 179 н от 24.03.2016 г. «О правилах проведения патологоанатомических исследований».
3. Ситдикова, Л. А. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг / Л. А. Ситдикова // Человек и закон. – 2011. – № 3. – С. 23–25.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

УДК 614.2

Е. В. Дюжева

Филиал (г. Ижевск) ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России»

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Дюжева Елена Викторовна – старший научный сотрудник филиала; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 216, тел. 8 (3412) 63-19-38, e-mail: filialniifsin@mail.ru

В статье представлен обзор основных нормативно-правовых актов, регламентирующих формирование оценки эффективности деятельности медицинских организаций в здравоохранении Российской Федерации.

Ключевые слова: оценка эффективности деятельности; здравоохранение; медицинская организация

Ye. V. Dyuzheva

Izhevsk Branch of the Research Institute of Federal Penitentiary Service

LEGAL REGULATION OF THE FORMATION OF THE EFFICIENCY EVALUATION OF THE ACTIVITIES OF MEDICAL ORGANIZATIONS

Dyuzheva Yelena Viktorovna – Senior Researcher; 426004, Izhevsk, 216 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 63-19-38, e-mail: filialniifsin@mail.ru

The article presents an overview of the main legal acts regulating the formation of the efficiency evaluation of the activities of the medical organizations of the health care system of the Russian Federation.

Key words: efficiency evaluation; health care; medical organization

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, стратегической целью государства является «достижение уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI века» [3]. Это предполагает, что целевыми индикаторами, приоритетами и основными задачами долгосрочной государственной политики в сфере демографической политики «является снижение темпов естественной убыли населения, стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, повышение ка-

чества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни».

Совершенно очевидно, что реализация цели превращения России в одного из лидеров мировой социально-экономической арены в сфере социального благосостояния населения невозможна без модернизации системы здравоохранения. Согласно Концепции, «система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный

прорыв в системе здравоохранения» [3]. В связи с этим, «основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки» [3].

Планируемые формы и методы модернизации здравоохранения России предполагают повышение эффективности системы здравоохранения страны и деятельности медицинских организаций в ее структуре.

Эффективность системы здравоохранения в любой стране характеризуется степенью достижения общепризнанных показателей здоровья населения [7]. На сегодняшний день многими авторами научных публикаций состояние здоровья человека рассматривается не только с учетом оценки внутренних (биологических) факторов, но и с учетом социально-экономических позиций [2, 4, 7]. Поэтому, «в современных условиях понятие эффективности работы системы здравоохранения предполагает сложную задачу сочетания медицинской, социальной и экономической результативности» [2], а выбор значимых критериев оценки эффективности системы здравоохранения и отдельных медицинских организаций должен учитывать достоверную связь между результатами деятельности медицинских организаций и изменениями в состоянии здоровья населения.

С целью повышения конкурентноспособности медицинских организаций, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 г. № 421 утверждены Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников [5].

Согласно Методическим рекомендациям, разработанные показатели и критерии деятельности медицинских организаций и их руководителей должны характеризовать основную деятельность организации, в первую очередь выполнение государственного задания (зака-

за), финансово-экономическую деятельность, а также работу с кадрами. При этом, показатели эффективности деятельности работников напрямую зависят от удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи и отсутствием обоснованных жалоб.

Рекомендуемые показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций и их работников структурированы по виду оказываемой помощи в медицинском учреждении и занимаемой должности (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, скорая медицинская помощь). Оценка каждого медицинского учреждения и его работника включает от 3 до 9 показателей, уровень выполнения которых исчисляется в баллах.

Кроме непосредственной характеристики эффективности деятельности медицинских организаций, разработанные показатели оценки эффективности деятельности работников медицинского учреждения (руководителей учреждений, врачебного, среднего и младшего медицинского персонала) формируют действенную систему зависимости уровня оплаты труда работников организаций от объема и качества предоставляемых медицинских услуг.

Еще одним подходом к проведению оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения является формирование независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10. 2013 г. № 810 а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» для «обеспечения единых подходов к формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, и оказания методической помощи органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и общественным советам при указанных органах», утверждены Методические рекомендации по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения [1, 6].

Согласно Методическим рекомендациям, основными задачами независимой оценки ка-

чества являются стимулирование повышения качества работы медицинских организаций, повышение информированности потребителей о порядке предоставления медицинской организацией медицинских услуг, развитие института общественного контроля.

Независимая оценка качества проводится в обязательном порядке в отношении государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения и в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Результаты проведения независимой оценки качества направлены на обеспечение потребителей услуг в сфере здравоохранения дополнительной информацией о качестве работы медицинской организации, в том числе путем формирования рейтингов медицинских организаций; определение результативности деятельности медицинской организации и принятие своевременных мер по повышению эффективности или по оптимизации ее деятельности; своевременное выявление негативных факторов, влияющих на качество предоставления услуг в сфере здравоохранения, и устранение их причин путем реализации планов мероприятий, а также осуществление стимулирования руководителей и работников медицинских организаций [6].

Таким образом, принятие соответствующих мер по нормативно-правовому регулированию формирования оценки эффективности деятельности медицинских организаций и качества оказываемых ими медицинских услуг в Российской Федерации способствует обеспечению выработки единых подходов к созданию системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения.

УДК 614.2: 614.38

А. М. Туленков, С. Б. Пономарев

Филиал (г. Ижевск) ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний России», г. Ижевск

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ОСВОБОЖДАЮЩИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Туленков Алексей Михайлович — начальник отдела изучения проблем внутренней патологии, социально значимых заболеваний, гигиены и экологии кандидат медицинских наук; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 216, тел.: 8 (3412) 61-82-49, e-mail: filialniifsin@mail.ru; Пономарев Сергей Борисович — начальник филиала доктор медицинских наук, профессор

Значительное распространение хронических, социально значимых и инфекционных заболеваний среди лиц, освобождающихся из исправительных учреждений, представляет угрозу для здоровья населения страны. В статье проведен анализ отечественного и международного опыта решения медико-социальных проблем лиц после отбытия наказания в местах лишения свободы.

Ключевые слова: освобождение осужденных; медико-социальные проблемы; международный опыт

Список литературы:

1. Автоматизированная система мониторинга качества медицинской помощи в уголовно-исполнительной системе как инструмент социально-экономического управления / С. Б. Пономарев [и др.]. — Ижевск: ИжГТУ, 2009. — 92 с.
2. Дудов, А. С. Эволюция методов оценки эффективности и качества медицинской помощи / А. С. Дудов // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. — Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs-24-242010/item/246-2011-03-24-12-47-58> (дата обращения: 07.06.2016).
3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://base.garant.ru/194365/#ixzz49AwH7Wzc> (дата обращения: 20.05.2016).
4. Орлов, Е. М. Категория эффективности в системе здравоохранения / Е. М. Орлов, О. Н. Соколова // Фундаментальные исследования. — 2010. — № 4. — Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/kategoriya-effektivnosti-v-sisteme-zdravoohraneniya> (дата обращения: 07.06.2016).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». — Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=149332> (дата обращения: 07.06.2016).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2013 г. № 810 а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70405434/> (дата обращения: 07.06.2016).
7. Сайтгареева, А. А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах / А. А. Сайтгареева, С. С. Бударин, О. А. Волкова // Вестник Росздравнадзора. — 2015. — № 6. — С. 12–23.

A. M. Tulenkov, S. B. Ponomarev

Izhevsk Branch of the Research Institute of Federal Penitentiary Service, Izhevsk

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF PERSONS RELEASED FROM PRISON

Tulenkov Aleksey Mikhailovich — Head of the Department of Studying the Problems of Internal Pathology, Socially Significant Diseases, Hygiene and Ecology Candidate of Medical Sciences; 426004, Izhevsk, 216 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 61-82-49, e-mail: filialniifsin@mail.ru; **Ponomarev Sergey Borisovich** — Head of the Branch Doctor of Medical Sciences, Professor

Prevalence of chronic, socially significant and communicable diseases among persons released from correctional institutions poses a serious threat to public health. The article analyzes domestic and international experience in solving medical and social problems of persons after serving their sentences in places of confinement.

Key words: release of prisoners; medical and social problems; international experience

До недавнего времени ответственность пенитенциарной системы ограничивалась рамками исправительных учреждений, однако изменение отношения общественности к проблемам пенитенциарной медицины привели к формированию направления по обеспечению эквивалентности медицинской помощи и активного участия учреждений общественного здравоохранения в охране здоровья лиц, освобождающихся из мест лишения свободы [2,4].

Было отмечено, что обмен информацией по освобождающимся лицам между пенитенциарными учреждениями и учреждениями национального здравоохранения несет в себе большой потенциал не только в сфере общественной безопасности, но и охране здоровья населения. Однако это требует пересмотра всей системы ответственности в пенитенциарной системе, так как увеличение внимания к вопросу возвращения осужденных в общество привело к необходимости улучшения социально-бытовых условий в местах лишения свободы, создания благоприятных условий для больных и медицинского персонала [3].

Другим аспектом данной проблемы является необходимость обеспечения общественной безопасности, что обусловлено фактом значительной распространённости среди осужденных (у 54% мужчин и 77% женщин) хронических, социально значимых и инфекционных заболеваний [7, 12]. Так, по данным ученых США, в пенитенциарных учреждениях содержатся 35% всех больных туберкулезом, 12% больных гепатитом В, 29% больных гепатитом С, 17% больных СПИДом, 13% ВИЧ-инфицированных, 8,5% больных астмой, 4,8% страдающих диабетом, 18,3% имеющих гипертоническую болезнь, до 30,0% осужденных имеют психические отклонения [14]. Ситуация усугубляется наличием у большого числа освобождающихся из мест лишения

свободы сочетания психических отклонений, соматической патологии и наркозависимости или токсикомании (рис.) [12].

Несвоевременное выявление и лечение инфекционных заболеваний может повлечь их распространение в обществе, так как рано или поздно больные — носители инфекционных болезней будут освобождены из мест лишения свободы. Кроме того, осуществление лечения таких больных в пенитенциарных учреждениях позволяет значительно сократить финансовую нагрузку на общественное здравоохранение.

Улучшение организации учета осужденных в медицинских организациях и обеспечение преемственности дальнейшего лечения после их освобождения стало одной из главных целей передачи медицинского обслуживания осужденных в национальную систему здравоохранения. Как отмечают американские исследователи, такая схема медицинского обслуживания наиболее эффективна при территориальном принципе, когда заключенных обслуживает ближайшая к пенитенциарному учреждению больница. Учитывая, что в исправительных учреждениях содержатся в большинстве своем жители этой же местности, в дальнейшем обращение освободившихся за медицинской помощью происходит к тем медицинским врачам-специалистам, которые осуществляли его обслуживание в местах лишения свободы.

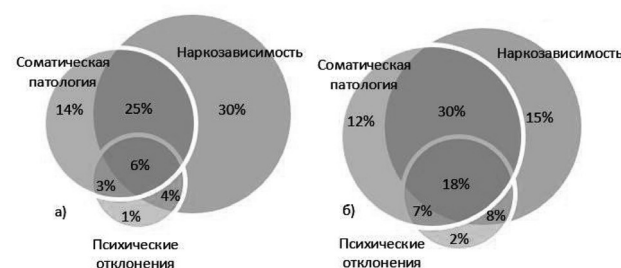


Рис. Структура сочетанной патологии у освобождающихся осужденных мужчин (а) и женщин (б), %

В результате соблюдается не только преемственность мероприятий, но и удается достичь высокой обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (до 70 % от всех направленных освобождающихся) с целью дальнейшего продолжения лечения [5].

В нашей стране подобный учет и направление на дальнейшее лечение осуществляется по всем социально значимым заболеваниям. Однако необходимо отметить, что ввиду слабой интеграции медицинской службы уголовно-исполнительной системы и общественного здравоохранения около 60 % перенесших туберкулез, 18–25 % ВИЧ-инфицированных, 76 % имевших заболевания, передающиеся половым путем, так и не встают на учет в профильное лечебно-профилактическое учреждение и, соответственно, не получают необходимый объем медицинской помощи [1].

В условиях превалирования в большинстве европейских стран и США механизма финансирования медицинского обслуживания через страховые компании актуальным является наличие страхового полиса у освобождающихся осужденных. По данным литературы, в США абсолютное большинство осужденных перед освобождением не имеет полиса. Более того, проведенный мониторинг через 2–3 месяца после освобождения подтвердил отсутствие полисов медицинского страхования у 78 % мужчин и 66 % женщин, а через 8–10 месяцев полис отсутствовал у 68 % мужчин и 58 % женщин [6, 12].

Одна из ключевых проблем, не нашедшая решения пока ни в одной из стран G20 – обеспечение условий, способствующих ресоциализации осужденных после освобождения. Как правило, они возвращаются в ту же неблагополучную среду, которая способствовала совершению преступления. Это, в свою очередь, способствует дальнейшему культивированию рискованного поведения (беспорядочные половые связи, незащищенный секс, наркомания, токсикомания и т. д.) как способа социальной адаптации к окружающей действительности.

Имеющиеся в литературе данные показывают, что укрепление семьи и поддержание родственных контактов могут улучшить результаты ресоциализации после возвращения заключенных [10]. Однако результаты исследования, проведенного в США, свидетельствуют [12], что через 8–10 месяцев после освобождения всего 69,7 % мужчин и 56,4 % женщин вернулись к тем же семьям, в которых проживали до ареста, еще 5,9 % мужчин и 13,5 % женщин стали бездомными.

В ходе многочисленных исследований выявлено, что занятость и более высокая заработная плата напрямую обуславливают более низкую преступность [9, 15], однако трудоустройство освободившихся из мест лишения свободы связано со многими препятствиями (низкий уровень образования, ограниченные профессионально-технические навыки, отсутствие опыта работы, нежелание со стороны работодателей нанять бывших заключенных) [8]. Так, спустя 10 месяцев всего 53,5 % мужчин и 33,3 % женщин имели постоянную работу, при этом еще 15,0 % мужчин и 6,0 % женщин отметили наличие незаконных источников финансирования, а финансовой поддержкой близких были вынуждены воспользоваться 81,6 % мужчин и 73,7 % женщин [12].

Прием наркотических средств и алкоголя возобновили 34,7 % мужчин и 35,9 % женщин, при этом только 20,9 % мужчин и 21,3 % женщин обратились за лечением от наркозависимости. Это, безусловно, затрагивает все сферы жизни человека: может препятствовать семейным отношениям, трудовой занятости, и способствовать ухудшению состояния здоровья. Так, в течение первого года после освобождения были задержаны за правонарушения или арестованы 37,9 % мужчин и 46,8 % женщин, при этом новые сроки длительного тюремного заключения получили 17,4 % мужчин и 21,0 % женщин [12].

Как свидетельствуют исследования ученых США [11, 13], недавно освобожденные лица из мест лишения свободы имеют более высокие риски по смертности, чем остальное население, сопоставимое по полу, возрасту и расе. Так, риск смерти в течение 2 недель после освобождения был в 12,7 раза выше, а общий риск смерти в ближайшие несколько лет после освобождения был в 3,5 раза выше чем у представителей «контрольной» группы, при этом у женщин показатель риска смерти превышал показатели мужчин. В изученной когорте самыми частыми причинами смерти была передозировка наркотиков, сердечно-сосудистые заболевания, убийство, самоубийство, рак, несчастные случаи и болезнь печени.

Таким образом, представленные в обзоре медико-социальные проблемы лиц, содержащихся в местах лишения свободы, подтверждают актуальность задачи по снижению последствий существующих рисков посредством введения коррекционных программ по адаптации как перед освобождением, так и первые недели после освобождения из мест лишения свободы.

Список литературы:

1. **Русских, О.Е.** Интеграция фтизиатрических служб в пенитенциарной и гражданской системах здравоохранения: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук / О.Е. Русских. – Москва, 2008. – 33 с.
2. **Туленков, А.М.** Основные принципы организации медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях России и за рубежом: монография / А.М. Туленков, С.Б. Пономарев. – Ижевск: ИЖГТУ им. М.Т. Калашникова, 2014. – 136 с.
3. Code of Medical Ethics, 2014–2015. – Chicago: American Medical Association Press, 2014. – 568 p.
4. **Glaze, L.E.** Correctional populations in the United States, 2012 / L.E. Glaze, E.J. Herberman. – Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, December 2013. – 13 p.
5. Evaluation of the Hampden county public health model of correctional care / T.M. Hammett [et al.]. – Rockville, MD: National Institute of Justice, 2004. – 190 p.
6. **Hayton, P.** Prisons and health reforms in England and Wales / P. Hayton, J. Boyington // Am. J. Public. Health. – 2006. – Vol. 96 (10). – P. 1730–1733.
7. HIV in prisons: situation and needs assessment toolkit. – New York: United Nations, 2010. – 92 p.
8. **Holzer, H.J.** Will employers hire former offenders? Employer preferences, background checks, and their determinants / H. J. Holzer, R. Steven, M. A. Stoll. – Madison, WI: Institute for Research on Poverty University of Wisconsin-Madison, 2002. – 46 p.
9. **Houston, E.** Crime and work: what we can learn from the low-wage labor market / E. Houston, J. Bernstein. – Washington, DC: Economic Policy Institute, 2000. – 39 p.
10. **LeBlanc, A.N.** Random family: love, drugs, trouble, and coming of age in the Bronx / A.N. LeBlanc. – New York: Scribner, 2003. – 432 p.
11. Life after lockup: improving reentry from jail to the community / A.L. Solomon [et al.]. – Washington, DC: Urban Institute, 2008. – 189 p.
12. **Mallik-Kane, K.** Health and prisoner reentry: how physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration / K. Mallik-Kane, C.A. Visser. – Washington, DC: Urban Institute, 2008. – 82 p.
13. Release from prison – a high risk of death for former inmates / I.A. Binswanger [et al.] // New Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356 (2). – P. 157–165.
14. The health status of soon-to-be-released inmates: a report to Congress. – Chicago: National Commission on Correctional Health Care, 2002. – Vol. 1–2.
15. **Western, B.** Incarceration and racial inequality in men's employment / B. Western, B. Pettit // Industrial and Labor Relations Review. – 2000. – Vol 54 (1). – P. 3–16.

УДК 618.39-084 (470.51)

Н. Н. Бушмелева¹, В. К. Гасников², Ф. К. Тетелютина¹

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

¹Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП

²Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП

МНОГОЛЕТНИЙ ОПЫТ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Бушмелева Наталья Николаевна – доктор медицинских наук доцент кафедры; 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-912-850-33-57, e-mail: nnbush17@mail.ru; Гасников Владимир Константинович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Тетелютина Фаина Константиновна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье представлено научное обоснование мер по снижению уровня репродуктивных потерь, в том числе аборт, на основе комплексного анализа причин и факторов распространенности их в Удмуртской Республике, разработка, внедрение и оценка результативности системы мер по снижению репродуктивных потерь на региональном уровне.

Ключевые слова: репродуктивные потери; аборт; эффективность мероприятий по снижению репродуктивных потерь

N. N. Bushmeleva¹, V. K. Gasnikov², F. K. Tetelyutina¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Department of Public Health, Economics and Health Service Administration of the Faculty of Advanced Training for Doctors

LONG-TERM EXPERIENCE OF SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF MEASURES TO REDUCE GENESIAL LOSSES IN THE UDMURT REPUBLIC

Bushmeleva Natalia Nikolayevna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (912) 850-33-57, e-mail: nnbush17@mail.ru; Gasnikov Vladimir Konstantinovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Tetelyutina Faina Konstantinovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article presents scientific grounds for measures to reduce the level of genesial losses, including abortions, on the basis of a complex analysis of causes and factors of their prevalence in the Udmurt Republic. Development, introduction and estimation of effectiveness of the system of measures to reduce genesial losses at a regional level are described.

Key words: genesial losses; abortions; efficiency of measures to reduce genesial losses.

Сложившаяся в России на рубеже XX–XXI веков неблагоприятная демографическая ситуация, характеризующаяся естественной убылью и ухудшением здоровья населения, определяет

особую социальную и политическую значимость проблемы повышения рождаемости и снижения репродуктивных потерь, в структуре последних ведущее место занимают аборт [5].

На протяжении многих лет в Удмуртии отмечался высокий уровень абортот, отрицательно влияющих на здоровье матери и будущего плода. В 1990-е годы из десяти беременностей – семь прерывались абортот. Несмотря на устойчивую динамику к снижению, абортот и материнская смертность после абортот занимали ведущее место в проблеме реализации репродуктивной функции женщины. С 1985 по 2001 год УР занимала «первое место» по показателю абортот на 1000 женщин фертильного возраста в РФ. Кроме того, в 90-е годы для Удмуртской Республики были характерны высокие показатели материнской и перинатальной смертности, низкий образовательный уровень медицинских работников в вопросах современных методов регуляции рождаемости и снижения репродуктивных потерь, крайне низкое использование населением надежных средств контрацепции.

Сложившаяся ситуация обусловила необходимость пристального внимания к проблеме профилактики абортот, снижению репродуктивных потерь и сохранению репродуктивного здоровья женщин. При поддержке ректора ИГМА Н. С. Стрелкова эти проблемы были включены в 2002 году в план научных исследований Ижевской государственной медицинской академии. Целью этих исследований было научное обоснование мер по снижению уровня репродуктивных потерь, в том числе абортот, на основе комплексного анализа причин и факторов распространенности их в Удмуртской Республике, разработка, внедрение и оценка результативности системы мер по снижению репродуктивных потерь на региональном уровне.

Среди важнейших результатов научных исследований можно выделить наиболее значимые:

- изучен характер и определены тенденции распространенности абортот в Удмуртской Республике;
- определены причины возникновения и факторы, обуславливающие прерывание нежелательной беременности в Удмуртской Республике;
- представлены научные обоснования путей совершенствования управления профилактикой абортот;
- разработана автоматизированная система мониторинга репродуктивного поведения женщин фертильного возраста на основе компьютерной региональной базы данных женщин и автоматизированных рабочих мест главных специалистов региона [3];

- сформированы основные группы причин недостаточной эффективности управления профилактикой абортот в регионе и разработаны пути их устранения;

- научно обоснованы критерии оценки эффективности деятельности службы и разработана система мер по снижению репродуктивных потерь [1];

- создан алгоритм организационного обеспечения управления репродуктивными потерями на различных иерархических уровнях здравоохранения с созданием системы мониторинга женского населения группы высокого риска репродуктивных потерь и их прогнозирования [2];

- определены факторы риска и причины репродуктивных потерь [2];

- установлены тенденции соматического и репродуктивного здоровья женщин и репродуктивных потерь;

- внедрена система мероприятий по снижению репродуктивных потерь, разработанная на основе анализа организации акушерско-гинекологической службы в динамике 1991–2012 гг. и оценки диагностических, лечебных и организационно-тактических дефектов оказания медицинской помощи женщинам [1,2];

- усовершенствована и использована для определения приоритетных мер по снижению репродуктивных потерь расширенная схема их учета.

На основе полученных результатов разработаны и реализованы комплексные меры по совершенствованию научно-методологического, информационно-аналитического и организационного обеспечения управления профилактикой репродуктивных потерь на различных иерархических уровнях в регионе и внедрены в практику.

Полученные научные разработки позволили внедрить в здравоохранение УР новые методы профилактики, диагностики и лечения в службе охраны матери и ребенка. Так, на уровне МЗ УР внедрено 17 информационных писем.

Результаты исследования использованы при формировании внутриведомственной целевой программы «Здоровье матери и ребенка» (одним из разделов которой являлось «Безопасное материнство»); республиканской целевой программы «Дети Удмуртии (2004–2008 годы)» (подобные программы были приняты и на муниципальном уровне в районах республики (Алнашском, Балезинском, Глазовском, Граховском, Игринском, Кизнерском, Киясовском, Малопургинском, Можгинском, Шарканском, Сарапульском, Як-Бодьинском, Юкаменском); республиканской

целевой программы «Демографическое развитие Удмуртской Республики на 2008–2010 годы»; республиканской целевой программы «Дети Удмуртии (2009–2012 годы)»; программы социально-экономического развития Удмуртской Республики на 2010–2014 годы; ведомственной целевой программы «Инфекции, передаваемые половым путем на 2009–2011 годы», а также при подготовке региональной программы модернизации здравоохранения Удмуртской Республики на 2011–2012 годы; республиканской целевой программы демографического развития Удмуртской Республики на 2011–2015 годы.

Вопросы изучения законодательных аспектов охраны репродуктивного здоровья женщин, особенностей профилактики, обследования и лечения отклонений в репродуктивном здоровье, разработки по профилактике репродуктивных потерь были включены в программы подготовки врачей на кафедрах акушерства и гинекологии, детских болезней, терапии и общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ПП ГОУ ВПО Ижевской государственной медицинской академии и повышения квалификации средних медицинских работников в Республиканском центре повышения квалификации (РЦПК), а непосредственно в условиях лечебно-профилактического учреждения путем регулярного изучения соответствующих документов, материалов медицинским персоналом и обучения населения.

Результаты научных исследований легли в основу системы мероприятий по снижению репродуктивных потерь в республике, таких как: повышение результативности использования ресурсов (материально-технической базы и кадрового потенциала), разработка нормативно-правовых документов, регламентирующих этапность оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, женщинам во время беременности и родов; улучшение системы подготовки и повышения квалификации кадров, работающих в системе охраны здоровья женщин и детей, программно-информационное обеспечение по вопросам организации и контроля медицинской помощи женщинам, создание системы мониторинга женщин с наличием факторов риска репродуктивных потерь, прогнозирование риска репродуктивных потерь и повышение профилактической направленности деятельности персонала в службе охраны материнства и детства.

Научное обоснование и внедрение в Удмуртской Республике разработанных мер в систему охраны здоровья матери и ребенка позволи-

ли добиться определенных успехов. В результате проведенных мероприятий за последние 10 лет уровень абортот снизился в УР на 51,7% (с 52,4 до 25,3 на 1000 женщин фертильного возраста) при 40,3% в РФ; показатель материнской смертности уменьшился с 17,5 на 100000 живорожденных в 2005 г. до отсутствия зарегистрированных по УР материнских потерь в 2012 г. и 2014 г. (по РФ – на 55,1%: с 23,8 в 2005 г. до 11,4 в 2014 г. на 100000 живорожденных).

Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми в УР за 2005–2015 гг. уменьшился на 51,7% (с 11,6‰ до 5,6‰) – при снижении показателя в РФ с 11,0‰ до 7,4‰ на 32,7% (2005–2014 гг.). Перинатальная смертность в УР за период 2005–2015 гг. уменьшилась на 26,3% (в РФ – на 13,7% и ПФО – на 26,6%) – в основном за счет ранней неонатальной смертности.

Научное обоснование мер по снижению репродуктивных потерь продолжает оставаться чрезвычайно актуальной задачей, несмотря на имеющиеся позитивные тенденции.

Таким образом, тесное сотрудничество профессорско-преподавательского состава Ижевской государственной медицинской академии с органами управления здравоохранения региона, территорий, лечебно-профилактическими учреждениями и практическими специалистами позволяет совершенствовать организационные, методологические, лечебно-диагностические и профилактические технологии в улучшении репродуктивной составляющей демографических процессов в Удмуртской Республике.

Список литературы:

1. Бушмелева, Н.Н. Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона / Н.Н. Бушмелева // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 27–36.
2. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской Республики) / Н.Н. Бушмелева [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 4 (38). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/596/30/lang,ru/>
3. Гасников, В.К. О необходимости формирования региональной системы мониторинга за состоянием профилактики абортов / В.К. Гасников, Н.Н. Бушмелева // Материалы международного симпозиума «Информатизация процессов охраны здоровья населения – 2003». – М., 2003. – С. 13–16.
4. Снижение репродуктивных потерь с применением многокритериальной системы оценки эффективности управления их профилактикой / Н.Н. Бушмелева [и др.] // Материалы IX Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2015. – С. 164–165.
5. Стародубов, В.И. Репродуктивные проблемы в демографическом развитии России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с.

УДК 616-053.5.612.6.06. (470.51)

Е. Г. Вихарева

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

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УДМУРТИИ

Вихарева Елена Геннадьевна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (909)058-12-39, e-mail: avihareva@yandex.ru

В Удмуртской Республике проведено популяционное исследование качества жизни детей до 18 лет. В статье описаны гендерные различия параметров качества жизни у детей школьного возраста, изучаемые с помощью опросника PedsQL. Качество жизни девочек младшего и старшего школьного возраста ниже, чем у мальчиков по всем аспектам и в большей степени в эмоциональной сфере.

Ключевые слова: дети; гендерные особенности; качество жизни; опросник PedsQL

Ye. G. Vikhareva

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

GENDER DIFFERENCES IN THE QUALITY OF LIFE OF SCHOOL-AGE CHILDREN IN UDMURTIA

Vikhareva Yelena Gennadievna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (909)058-12-39, e-mail: avihareva@yandex.ru

A population-based study of the quality of life of children to 18 has been conducted in the Udmurt Republic. The article is devoted to gender differences in life quality parameters in school-age children revealed with the PedsQL questionnaire. The quality of life in girls of primary school age and high school age is lower than that of boys in all aspects, and to a greater extent in emotional sphere.

Key words: children; gender peculiarities; quality of life; PedsQL questionnaire

Актуальность проблемы обусловлена тем, что в последние десятилетия понятие «качество жизни» (КЖ) стало неотъемлемой частью здравоохранения, прочно вошло в клинические и медико-социальные исследования [1]. При этом большую значимость приобретают научные исследования по изучению региональных особенностей состояния здоровья детей с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе, с позиции качества жизни [2].

Цель исследования: изучить гендерные различия качества жизни у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Популяционное исследование качества жизни детей в Удмуртии проводилось в 5 этапов [3–7]. Первый этап — библиографический и аналитический, второй — статистический, третий — популяционное исследование качества жизни детей до 18 лет в г. Ижевске и 24 районах Удмуртии, четвертый — определение региональных нормативов качества жизни детей в Удмуртии и выявление социально-общественных факторов, влияющих на уровень качества жизни, пятый — разработка комплекса мероприятий по улучшению здоровья детей на основе показателей качества жизни. Расчет объема репрезентативной выборки для популяционного исследования проводился с использованием статистического

метода, основанного на определении статистической надежности информации. Была установлена численность генеральной совокупности, соотношение мужского и женского пола, распределение по месту жительства. Определение необходимой численности выборки основывалось на формуле предельной ошибки выборки. В последствии при повторном случайном отборе необходимая численность выборки вычислялась по формуле с использованием дисперсии, коэффициента доверия и предельной ошибки выборки. Качество жизни детей школьного возраста изучено у 2855 респондентов 8–12 лет и у 2947 респондентов старшего школьного возраста (13–18 лет), посещающих средние общеобразовательные учреждения г. Ижевска и сельских районов Удмуртской Республики. В возрастной группе 8–18 лет для опроса детей использовали интервьюирование. Исследование проводилось в школах, дети отвечали на вопросы самостоятельно. Инструментом стал общий опросник, блок PedsQLmm 4.0 для детей 8–18 лет. Опросник состоит из 23 вопросов, которые объединены в следующие шкалы: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ) и функционирование в школе (ШФ). Статистический анализ осуществлялся

с помощью статистического пакета *Statistica*, версия 6. Анализ данных включал стандартные методы параметрической статистики. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента для сравнения независимых выборок.

Результаты исследования и их обсуждение.

При сравнении гендерных различий установлено, что мальчики младшего школьного возраста имеют более высокие баллы по всем аспектам качества жизни (табл.). Девочки младшего школьного возраста эмоционально более уязвимы, чем мальчики ($\Sigma\Phi = 70,68 \pm 18,01$ против $77,62 \pm 15,41$; $p < 0,001$). Принимая во внимание также достоверно низкие показатели у девочек в аспектах «социальное функционирование» ($p < 0,05$) и «школьное функционирование» ($p < 0,05$), можно предположить о рассогласовании всего спектра психосоциального компонента качества жизни. Физически мальчики чувствуют себя более уверенно. Они лучше справляются со сложной физической работой ($83,41 \pm 13,00$ против $79,42 \pm 13,86$; $p < 0,001$). Наличие таких тенденций

и обеспечивает младшим школьникам мужского пола более высокий общий балл ($80,22 \pm 11,67$ против $77,45 \pm 13,02$; $p < 0,001$).

При сравнении гендерных различий в старшей возрастной группе установлено, что мальчики-подростки имеют более высокие баллы по всем аспектам качества жизни. Девочки старшего школьного возраста эмоционально более уязвимы, чем мальчики ($\Sigma\Phi = 62,23 \pm 16,58$ против $72,79 \pm 14,037$; $p < 0,001$). Принимая во внимание также достоверно низкие показатели у девочек в аспектах «социальное функционирование» ($p < 0,001$) и «школьное функционирование» ($p < 0,001$), можно предположить о рассогласовании всего спектра психосоциального компонента качества жизни. Физически мальчики-подростки чувствуют себя более уверенно. Лучше справляются со сложной физической нагрузкой ($85,05 \pm 11,24$ против $77,21 \pm 12,56$; $p < 0,001$). Наличие таких тенденций и обеспечивает старшим школьникам мужского пола более высокий общий балл ($79,04 \pm 9,97$ против $73,14 \pm 10,70$; $p < 0,001$).

Таблица. Параметры качества жизни детей, $M \pm \delta$ (в баллах)

Аспекты КЖ	Мальчики 8–12 ($n=1424$)	Девочки 8–12 ($n=1431$)	Мальчики 13–18 ($n=1475$)	Девочки 13–18 ($n=1444$)
ФФ	$83,41 \pm 13,00$	$79,42 \pm 13,86^{***}$	$85,05 \pm 11,24$	$77,21 \pm 12,56^*$
ЭФ	$77,62 \pm 15,41$	$70,68 \pm 18,01^{***}$	$72,79 \pm 14,03$	$62,23 \pm 16,58^*$
СФ	$84,26 \pm 15,10$	$83,05 \pm 16,48^*$	$85,66 \pm 13,78$	$83,93 \pm 13,52^*$
ШФ	$73,56 \pm 15,10$	$75,06 \pm 15,87^*$	$68,60 \pm 14,82$	$66,38 \pm 14,63^*$
ОБ	$80,22 \pm 11,67$	$77,45 \pm 13,02^{***}$	$79,04 \pm 9,97$	$73,14 \pm 10,70^*$

Достоверность различий между девочками и мальчиками 8–12 и 13–18 лет: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$.

Вывод. Качество жизни девочек школьного возраста ниже, чем у мальчиков по всем аспектам и в большей степени в эмоциональной сфере.

Список литературы:

1. Баранов, А. А. Социальные инициативы педиатров по защите интересов и прав детей: история и современность / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Н. В. Устинова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 6. – С. 5–7.
2. Баранов, А. А. Изучение качества жизни в педиатрии / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская. – М., 2010. – 272 с.
3. Вихарева, Е. Г. Показатели качества жизни детей дошкольного возраста в Удмуртской Республике / Е. Г. Вихарева, Т. В. Третьякова // Врач-аспирант. – 2014. – № 6.1 (67). – С. 142–146.
4. Влияние социального окружения на показатели качества жизни детей младшего школьного возраста

/ Е. Г. Вихарева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/128-21744> (дата обращения: 23.09.2015).

5. Показатели качества жизни детей раннего возраста в Удмуртской Республике / Е. Г. Вихарева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – Режим доступа: URL: www.science-education.ru/127-21262 (дата обращения: 21.08.2015).

6. Региональные нормативы качества жизни младших школьников в Удмуртской Республике / Е. Г. Вихарева [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2014. – № 6. – С. 36–39.

7. Социально-познавательные факторы и качество жизни младших школьников / Е. Г. Вихарева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/128-21745> (дата обращения: 23.09.2015).

УДК 614.2: 616-053. 31

Л. Ю. Зернова

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

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Зернова Лариса Юрьевна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 89124461454, e-mail: lar.zernova@yandex.ru

Автор рассматривает теоретические проблемы и состояние высокотехнологичной помощи новорожденным в Удмуртской Республике.

Ключевые слова: новорожденные; высокотехнологичная помощь; Удмуртская Республика

L.Yu. Zernova

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

STATE OF SPECIALIZED HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL CARE OF NEWBORNS IN THE UDMURT REPUBLIC

Zernova Larisa Yuryevna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 89124461454, e-mail: lar.zernova@yandex.ru

The author considers theoretical issues and the state of high-technology medical care of newborns in the Udmurt Republic.

Key words: newborns; high-technology medical care; Udmurt Republic

Развитие национальной системы высокотехнологичной помощи в России требует решения большого числа сложных технических, организационных, финансовых и других проблем. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов терапии с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Высокотехнологичная медицинская помощь — медицинская помощь, выполняемая медицинскими кадрами высочайшей квалификации. Это операции на открытом сердце, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных заболеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургические вмешательства высокой степени сложности и др. ВМП предоставляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения РФ, в федеральных и городских специализированных медицинских учреждениях, финансируется за счет средств федерального бюджета, городского бюджета, на условиях софинансирования

городского бюджета федеральным бюджетом, а также за счет средств ОМС.

Сегодня эти технологии появились в медицинских организациях нашей республики и помогают сохранить жизнь пациентов и значительно улучшить ее качество. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи утверждается приказом Министерства здравоохранения РФ. В перечень ВМП входит почти 1500 медицинских технологий по 35 заболеваниям, состояниям и медицинским проблемам. В неонатологии, согласно приказу МЗ и СР РФ к ВМП относят интенсивную терапию новорожденных при респираторном дистресс-синдроме, бактериальном сепсисе, врожденной пневмонии, разрыве внутричерепных тканей и кровоизлияниях (вследствие родовой травмы, других родовых травмах ЦНС, внутричерепных нетравматических кровоизлияниях, судорогах новорожденных, тяжелой асфиксии, ишемии мозга, церебральной лейкомаляции, неонатальной коме), при синдроме новорожденного от матери, страдающей диабетом, при гемолитической болезни, выхаживание детей, родившихся с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) [8].

Согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», высокотехнологичная медицинская помощь новорожденным оказывается в медицинских организациях акушерского, неонатологического и педиатри-

ческого профиля [7]. Ежегодно в Удмуртской Республике (УР) рождается более 22 тыс. новорожденных, из них около 500–600 нуждаются в ВМП. В Удмуртской Республике высокотехнологичные виды помощи новорожденным детям, особенно родившимся с ЭНМТ и ОНМТ, оказываются в учреждениях третьего уровня: Перинатальном центре БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница МЗ УР», БУЗ УР «Городская клиническая больница № 4 МЗ РФ».

Одной из наиболее сложных задач является выхаживание недоношенных детей, родившихся с ЭНМТ или ОНМТ. Основная трудность – создание условий окружающей среды, адекватных внутриутробному существованию плода [1,4]. Работа по внедрению современных технологий выхаживания новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ началась в Удмуртской Республике в 2007 году. Правительством УР был утвержден «План мероприятий по поэтапному переходу на современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными ВОЗ». Ежегодно в УР рождается от 109 (2013 г.) до 73 (2015 г.) детей с ЭНМТ и 150–170 детей с ОНМТ. В Республике внедрены основные современные технологии выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела: 1. Традиционная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) посредством таймциклических аппаратов с системой триггерной вентиляции по потоку или давлению (применяется во всех крупных родильных домах, включая межрайонные). Подобная технология ИВЛ позволяет максимально синхронизировать аппаратное дыхание и собственные попытки дыхания у ребенка, что особенно важно у детей с экстремально низкой массой тела. 2. Высоочастотная вентиляция легких (в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)). 3. Неинвазивная ИВЛ с переменным потоком (оснащены не только все ОРИТ новорожденных, но и часть родильных домов районных больниц, в которых принимают более 200 родов в год). Освоена методика раннего применения сурфактанта при респираторном дистресс-синдроме новорожденного с последующим переводом ребенка на неинвазивную ИВЛ. 4. С целью совершенствования лечебно-охранительного режима проводится оснащение учреждений II и III группы инкубаторами-трансформерами, позволяю-

щими исключить излишние воздействия на глубоко недоношенного ребенка.

Благодаря проведенной работе выживаемость детей с ЭНМТ и ОНМТ в акушерских стационарах составила 850%, но остается низкой итоговая выживаемость детей с ЭНМТ к году (не более 500%), что требует дальнейшего совершенствования качества медицинской помощи.

У детей, родившихся раньше срока, особенно с экстремально низкой и очень низкой массой тела, отмечается различная сочетанная перинатальная патология, включающая перинатальные поражения центральной нервной системы, внутриутробную вирусную и бактериальную инфекцию, врожденные пороки развития, поражения легких, глаз, что нередко является причиной младенческой смертности и детской инвалидности [5].

Одним из видов высокотехнологичной помощи в неонатологии, оказываемой офтальмологами нашей республики, является лечение ретинопатии недоношенных (РН). Ретинопатия недоношенных – тяжелое заболевание глаз, развивающееся преимущественно у глубоконедоношенных детей, сопровождающееся изменениями в сетчатой оболочке глаза и стекловидном теле [2]. В 2011 г. МЗ УР утвердило Порядок оказания медицинской помощи детям с ретинопатией недоношенных в УР [6]. В медицинских учреждениях, где выхаживаются дети, родившиеся с массой тела менее 1500 г, установлено все необходимое оборудование для диагностики и лечения РН (ретинальные камеры, фотокоагулятор). В 2014–2015 гг. осмотрено 1319 детей группы риска на развитие РН. В 2015 г. у 110 детей диагностирована РН, проведено 30 операций лазерокоагуляции, что позволило сохранить зрение глубоконедоношенным детям. Только у трех детей диагностирована задняя агрессивная форма РН или ее 5 стадия.

Однако уровень хронической заболеваемости и инвалидизации у детей с ЭНМТ и ОНМТ остается высоким. Наиболее часто резидуальная патология у выживших детей связана с заболеваниями ЦНС (детский церебральный паралич, атрофическая гидроцефалия). С 2012 г. нейрохирургами БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» данной группе пациентов оказывается высокотехнологичная медицинская помощь при гидроцефалии (вентрикулостомия дна третьего желудочка, ликворошунтирующие операции, использование аппаратов для наружного дренирования), что позволило добиться более лучших результатов выхаживания глубоконедоношенных детей.

Неблагоприятная экологическая ситуация, высокая заболеваемость женщин репродуктивного возраста, бесконтрольное применение беременными лекарственных препаратов и т.д. создает угрозу увеличения числа детей со снижением слуха. В родовспомогательных учреждениях УР осуществляется аудиологический скрининг новорожденных с использованием современных методик обследования, оказания необходимой медицинской помощи, в том числе, высокотехнологичной. Ежегодно на учет в сурдологический центр, расположенный в БУЗ УР РДКБ МЗ УР, ставятся на диспансерный учет 25–30 детей до года. На 01.12.15 г. высокотехнологичная помощь с установкой кохлеарных имплантов проведена 86 детям [3].

Раннее распознавание пороков сердца, установление топического диагноза, определение степени нарушения гемодинамики и, в зависимости от этого, выбор метода лечения и оптимального срока хирургического вмешательства являются важнейшими задачами, решение которых поможет снижению как младенческой, так и общей детской летальности [9]. В случаях выявления врожденного порока сердца (ВПС) после рождения важная роль в реализации основных задач базовых алгоритмов принадлежит неонатологам родильных домов и отделений патологии новорожденных, а зачастую участковым педиатрам. Согласно принципам маршрутизации новорожденных в УР, при подозрении на порок развития сердца и сосудов дети из родильных домов республики госпитализируются в БУЗ УР РДКБ МЗ УР, где проводится уточнение топичности порока. Высокотехнологичная помощь новорожденным детям (согласно квотам) оказывается в ФГБУ «НЦССХ им. А. Н. Бакулева» МЗ РФ (г. Москва), ФГБУ «ФЦССХ им. С. Г. Суханова» МЗ РФ (г. Пермь), ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН.

УДК 616.155.392-036.11.8-072.7

Д. Н. Королева¹, Е. Н. Богатырева¹, Н. Н. Андреева¹, О. А. Камашева²

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

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

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА РЕЦИДИВОВ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Королева Дарья Николаевна — врач детский онколог кандидат медицинских наук; 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 79, тел. 8 (922) 692-04-87, e-mail: dpenkina@yandex.ru; Богатырева Елена Николаевна — заведующий гематологическим отделением; Андреева Наталья Николаевна — врач-гематолог кандидат медицинских наук; Камашева Ольга Александровна — заведующий клиничко-диагностической лабораторией

Проведен анализ частоты и структуры рецидивов острого лимфобластного лейкоза у детей Удмуртской Республики, получивших лечение при первичной постановке диагноза по программе ALL-IC-BFM-2002. Частота рецидивов составила 13,6%, преобладали поздние костно-мозговые и комбинированные рецидивы у детей низкого и среднего риска.

Ключевые слова: острый лимфобластный лейкоз; рецидив; дети

Таким образом, одним из факторов снижения младенческой смертности с 8,5‰ в 2012 г. до 5,6‰ — в 2015 г. явилось внедрение высокотехнологичной помощи новорожденным в Удмуртской Республике. Совершенствование материально-технической базы учреждений родовспоможения, постоянное повышение квалификации медицинских кадров, улучшение качества пренатальной диагностики и своевременное оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи новорожденным позволит снизить неонатальную и младенческую смертность и улучшить демографическую ситуацию в республике.

Список литературы:

1. Байбарина, Е. Н. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями, рекомендованными ВОЗ: исторические, медико-экономические и организационные аспекты / Е. Н. Байбарина, Д. Н. Дегтярев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2011. — № 6. — С. 6–9.
2. Горчакова, Н. Ю. Ретинопатия недоношенных / Н. Ю. Горчакова // Практическая медицина (Педиатрия). — 2012. — № 7–1 (63). — С. 31
3. Гузницова, А. Г. Эффективность проведения скринингов в Удмуртской Республике / А. Г. Гузницова // «Педиатры Удмуртии — с заботой о детях»: материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 25-летию кафедры детских болезней с курсом неонатологии ФПК и ПП. — Ижевск, 2016. — С. 37–40.
4. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / под ред. проф. Г. В. Яцык. — М.: Педиатр, 2012. — 156 с.
5. Неонатология: учебное пособие: в 2 т. / Н. П. Шабалов. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 640 с.
6. Приказ МЗ УР от 20.10.11 г. № 566 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям с ретинопатией недоношенных в Удмуртской Республике».
7. Приказ МЗ РФ от 15.11.12 г. № 921 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».
8. Приказ МЗ РФ от 10.12.13 г. № 916 н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».
9. Развитие системы и базовые алгоритмы квалифицированной помощи новорожденным с врожденными пороками сердца и сосудов / Л. А. Бокерия [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 3. — С. 80–87.

D. N. Koroleva¹, Ye. N. Bogatyreva¹, N. N. Andreeva¹, O. A. Kamasheva²

¹Republic Children Clinical Hospital, Izhevsk

²Republic Clinical Diagnostic Center, Izhevsk

FREQUENCY AND STRUCTURE OF RELAPSES OF ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Koroleva Daria Nikolayevna – Paediatric Oncologist Candidate of Medical Sciences; 426009, Izhevsk, 79 Lenina st., tel. 89226920487, e-mail: dpenkina@yandex.ru; **Bogatyreva Yelena Nikolayevna** – Head of Hematology Department; **Andreeva Natalia Nikolayevna** – Hematologist Candidate of Medical Sciences; **Kamasheva Olga Alexandrovna** – Head of Clinical and Diagnostic Laboratory

The authors analyzed the frequency and structure of relapses of acute lymphoblastic leukemia (ALL) in children of the Udmurt Republic, who received treatment after primary diagnosis according to the ALL-IC-BFM-2002 program. The frequency of relapses was 13.6% with the predominance of late bone marrow and combined relapses in children at low and intermediate risk.

Key words: acute lymphoblastic leukemia; relapse; children

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самым частым злокачественным заболеванием детского возраста [1,2]. В структуре онкологической заболеваемости у детей на его долю приходится до 20%. Лечение по современным международным и российским протоколам привело к увеличению выживаемости до 75–80% [2, 3, 4].

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении ОЛЛ, данное заболевание является самой частой причиной смерти от онкологических заболеваний у детей. Наряду с этим у 10–15% пациентов развивается рецидив заболевания [2,4].

Цель исследования: изучить частоту и структуру рецидивов острого лимфобластного лейкоза у детей, получивших лечение по протоколу *ALL-IC-BFM-2002* при первичной постановке диагноза.

Материалы и методы исследования. В исследование включены дети с рецидивом ОЛЛ, получившие лечение первично по протоколу *ALL-IC-BFM-2002* в условиях гематологического отделения БУЗ УР РДКБ МЗ УР г. Ижевска с 2005 по 2014 г. Анализ проведен на основании данных амбулаторных карт (форма 025/у), медицинских карт стационарного больного (форма 003/у). Для оценки результатов использовались параметрические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. С 2005 по 2014 г. лечение по протоколу *ALL-IC-BFM-2002* проведено 81 ребенку с впервые установленным диагнозом ОЛЛ. Согласно критериям стратификации по данному протоколу, все пациенты были разделены на 3 группы: I группу составили 18 детей с низким риском рецидива (SR), II группу – 49 детей со средним риском (IR), III группу – 14 детей с высоким риском рецидива (HR). При определении группы риска учитывался возраст ребенка на момент постановки диагноза, инициальный лейкоцитоз, количество бластных клеток в периферической крови на 8 день лечения, ответ по костному мозгу на 15 и 33 дни лечения,

иммунофенотипический вариант лейкоза, наличие транслокации (9;22) и (4;11) в бластных клетках.

Средний возраст на момент постановки диагноза составил 5,1 года. Большинство пациентов проживали в городах республики. ОЛЛ одинаково часто диагностировался у мальчиков и девочек (46,9% и 53,1%).

Диагноз ОЛЛ был выставлен на основании исследования миелограммы. Иммунофенотипирование бластных клеток проведено 66 пациентам (81,5%), при этом преобладал B-вариант ОЛЛ (87,9%) по сравнению с T-вариантом (12,1%) ($p<0,001$). Цитогенетическое исследование проведено 42 пациентам (53,1%). В группе низкого риска достоверно реже выявлялись цитогенетические поломки по сравнению с группой среднего риска (20,0 и 57,7%, $p<0,01$). Качественные и количественные изменения хромосом выявлены у половины пациентов HR, при этом у одного ребенка диагностирована транслокация (9;22), которая является прогностически неблагоприятной.

Полная клинко-гематологическая ремиссия на 33 день лечения по протоколу *ALL-IC-BFM-2002* была зарегистрирована у всех пациентов группы низкого и среднего риска. В группе высокого риска у 2 пациентов не достигнута ремиссия по костному мозгу к 33 дню лечения (14,3%).

Летальный исход из-за развившихся осложнений на фоне проводимой полихимиотерапии зарегистрирован у 8 пациентов (9,9%): у 5 – из группы среднего риска (10,2%), у 3 – из группы высокого риска (21,4%).

Живы без признаков рецидива заболевания 62 ребенка (76,5%): 14 детей из группы низкого риска (77,8%), 38 – из группы среднего риска (77,6%), 10 – из группы высокого риска (71,4%).

Рецидивы заболевания диагностированы у 11 пациентов (13,6%) и встречались чаще у пациентов низкого и среднего риска по сравнению с пациентами высокого риска. В группе низкого риска

рецидивы зарегистрированы у 4 детей (22,2%), в группе среднего риска – у 6 (12,2%), в группе высокого риска – у 1 (7,1%). Среди детей с рецидивом ОЛЛ преобладали девочки (63,6%).

По времени развития рецидива с момента первичной постановки диагноза ОЛЛ выделяют очень ранние (до 18 мес.), ранние (с 18 до 30 мес.) и поздние рецидивы (через 30 мес.). В исследуемой группе пациентов преобладали поздние рецидивы – диагностированы у 10 детей (90,9%). Очень ранний рецидив зарегистрирован у 1 ребенка (9,9%) группы среднего риска.

Изолированный костно-мозговой рецидив диагностирован у 6 детей (54,5%), изолированный рецидив с поражением ЦНС – у 1 ребенка (9,1%), комбинированные рецидивы (с поражением костного мозга и ЦНС) – у 4 детей (36,4%). В группе низкого риска преобладали костно-мозговые рецидивы (75,0%), в группе среднего риска – комбинированные (66,7%).

Лечение рецидивов проводилось по протоколу *ALL-REZ-BFM-2002*. На фоне проведения высокодозной полихимиотерапии у всех пациентов достигнута вторая клиничко-гематологическая ремиссия. Из-за развившихся осложнений при проведении цитостатической терапии умерло 2 пациента (18,2%).

Трансплантация костного мозга после достижения второй клиничко-гематологической ремиссии проведена 3 пациентам (27,3%) (2 детям из группы низкого риска, 1 – из группы среднего риска), из которых жив на сегодня 1 ребенок с поздним костно-мозговым рецидивом из группы низкого риска. 1 ребенку трансплантация костного мозга проведена после 2 рецидива, погиб от прогрессирования заболевания.

У 3 детей зарегистрировано 2 и более рецидивов (27,3%): 2 ребенка из группы среднего риска и 1 – из группы высокого риска. Детям из группы среднего риска после достижения

клиничко-гематологической ремиссии была проведена трансплантация костного мозга, через некоторое время диагностировано прогрессирование заболевания, от чего оба ребенка погибли.

На сегодня наблюдается 7 детей, имевших рецидивы (63,6%): 6 детей после первого рецидива, 1 – после второго рецидива. Средний срок наблюдения после достижения второй клиничко-гематологической ремиссии составил 16,8 мес. (от 6 мес. до 78 мес.).

Вывод. Результаты лечения ОЛЛ по протоколу *ALL-IC-BFM-2002* в Удмуртской Республике совпадают с данными международных и российских исследовательских групп. Высокая частота рецидивов в группе низкого и среднего риска требует учета дополнительных критериев для стратификации по группам риска. Показатели выживаемости после рецидивов ОЛЛ ниже по сравнению с впервые установленным диагнозом. Для снижения летальности от осложнений на фоне высокодозной полихимиотерапии по поводу рецидива необходимо улучшить качество сопроводительной терапии. С целью увеличения показателя выживаемости у детей с ОЛЛ, уменьшения количества рецидивов, в Удмуртской Республике планируется переход на более современный протокол лечения ОЛЛ.

Список литературы:

1. Детская онкология. Национальное руководство / под ред. М. Д. Алиева [и др.]. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2012. – 684 с.
2. Лечение острого лимфобластного лейкоза у детей: современные возможности и нерешенные проблемы / Д. В. Литвинов [и др.] // Доктор.Ру. – 2015. – № 10. – С. 30–37.
3. Biology, risk stratification and therapy of paediatric acute leukemias: an update / C. H. Pui [et al.] // J. Clin Oncol. – 2011. – 29 (5). – P. 551–565.
4. Long-term results of Dutch Childhood Oncology Group studies for children with acute lymphoblastic leukemia from 1984 to 2004 / W. A. Kamps [et al.] // Leukemia. – 2010. – Vol. 24, N 2. – P. 309–319.

УДК 616.24-002.5:316.728

П. Г. Сысоев, О. Е. Русских, У. С. Ваганова

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

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Сысоев Павел Геннадьевич – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 44-34-83, e-mail: docspg@yandex.ru; Русских Олег Евгеньевич – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; Ваганова Ульяна Сергеевна – ассистент кафедры

Изучали качество жизни больных с ограниченными формами инфильтративного туберкулеза легких с помощью международного унифицированного неспецифического опросника SF-36. Было выявлено снижение качества жизни в основном за счет психического компонента.

Ключевые слова: качество жизни; туберкулез

P. G. Sysoev, O. Ye. Russkikh, U. S. Vaganova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Phthisiology

LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Sysoev Pavel Gennadevich – Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 44-34-83, e-mail: docspg@yandex.ru; **Russkikh Oleg Yevgenevich** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; **Vaganova Ulyana Sergeevna** – Lecturer

The study was aimed at evaluating the life quality of patients with limited forms of infiltrative pulmonary tuberculosis by means of the international standardized non-specific questionnaire SF-36. We revealed a decrease in the life quality mainly due to the mental component.

Key words: life quality; tuberculosis

Главные задачи врача-фтизиатра – повысить эффективность лечения больных, восстановить и поддерживать их здоровье, как можно скорее вернуть к трудовой и социальной жизни. По определению специалистов ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. В связи с этим, для полного оздоровления пациента врач должен уделять равноценное внимание как физическим, так и психическим и социальным аспектам заболевания. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе и в России, широкое распространение получило исследование качества жизни (КЖ) (высокоинформативный, надежный и экономичный метод, позволяющий получить интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального здоровья человека, основанную на его субъективном восприятии) [3]. Концепция исследования КЖ открыла новую страницу в истории медицины, затронув широкий круг вопросов, играющих важную роль в решении целого ряда клинических проблем, появилась возможность оценивать комплексное влияние болезни на жизнь пациента, прогнозировать течение заболевания [1, 2, 5].

В литературе последних лет имеется множество работ, посвященных проблеме КЖ больных туберкулезом, тем не менее эта проблема остается по-прежнему важной, особенно при обследовании больных туберкулезом легких на ранней стадии заболевания, когда отсутствуют явные клинические признаки болезни, при этом изучение КЖ обеспечивает возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы никакими другими методами. Знание этих аспектов заболевания позволит врачу сформулировать целостный взгляд на здоровье пациента и провести эффективное оздоровление [4].

Цель исследования: изучить качество жизни больных с ограниченными формами инфильтративного туберкулеза легких.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели был проведен опрос пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической туберкулезной больнице г. Ижевска. В исследовании участвовали 80 впервые выявленных больных инфильтративной формой туберкулеза с протяженностью поражения не превышающей двух сегментов без распада легочной ткани и бактериовыделения, не имеющие сопутствующих заболеваний. Среди опрошенных было 40 (50%) мужчин и 40 (50%) женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Средний возраст пациентов составил 29,5 года. Среди респондентов высшее образование имели 20%, среднее специальное – 50%, среднее – 30%. На момент проведения исследования имели место работы 70% женщин и 40% мужчин. Группу сравнения составили здоровые жители г. Ижевска, не имеющие хронических заболеваний и не болевшие на момент исследования острыми респираторными заболеваниями. Группа сравнения была уравновешена по полу и возрасту с группой наблюдения. Для исследования КЖ в качестве инструмента был использован русскоязычный аналог международного унифицированного опросника «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY», который относится к неспецифическим опросникам для оценки КЖ, содержит 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: общее состояние здоровья (ОСЗ), физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнеспособность (Ж), психическое здоровье (ПЗ). Шкалы объединяются в два показателя: «физический компонент здоровья» (первые четыре шкалы) и «психический компонент здоровья» (последние

четыре шкалы). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов – полное здоровье. В методике исследования КЖ был использован так же суммарный (сумма баллов по всем шкалам) показатель КЖ, который позволяет сравнить уровни КЖ и определить вклад отдельных шкал в уровень суммарного показателя КЖ. Математическая обработка результатов проведена с использованием компьютерной программы *STATISTIKA 6.0* и стандартного пакета статистических программ *Microsoft Office Excel*. Различия сравниваемых параметров оценивали с помощью *t*-критерия Стьюдента, которые считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного исследования установлено, что как общий уровень, так и показатели КЖ больных с ограниченными формами инфильтративного туберкулеза легких практически по всем шкалам были ниже, чем в группе сравнения (рис. 1). Суммарный показатель КЖ был на 7,3% ниже, чем в группе сравнения, и составил, соответственно, 568,75 и 613,5 баллов ($p < 0,05$).

Выявлено, что физический компонент здоровья в группе наблюдения и группе сравнения был практически сопоставим (306,3 и 314,7 баллов соответственно), это указывает на то, что больные туберкулезом неадекватно высоко оценивали состояние своего здоровья (уровень показателя «общее состояние здоровья» в группе больных и группе здоровых лиц был почти одинаковый ($66,6 \pm 7,5$ и $68,8 \pm 1,5$ баллов соответственно)), физическое состояние больных не ограничивало выполнения физических нагрузок (показатель «физическое функционирование» в группе исследования составил $84,8 \pm 5,7$ баллов, а в группе сравнения – $86,4 \pm 1,0$ балл), отсутствовал болевой синдром (показатель «интенсивность боли» в группе исследования – $84,9 \pm 5,7$ баллов, а в группе сравнения – $79,3 \pm 1,5$ баллов).



Рис. 1. Профили КЖ больных туберкулезом и населения УР (в баллах)

Выявленные закономерности могут быть причинами формирования негативного отношения у части больных к выполнению рекомендаций медицинского персонала по соблюдению режима и длительности лечения, т.к. пациенты ощущают себя физически крепкими людьми, не испытывающими боли и физических проблем со здоровьем. О высокой вероятности развития такого отношения к лечению свидетельствует значение показателя, определяющего ролевое эмоциональное функционирование, который почти равен показателю в группе здоровых лиц – $83,4 \pm 5,9$ и $83,8 \pm 1,7$ баллов.

Снижение КЖ происходило в основном за счет психического компонента здоровья, который был на 12,1% ниже у больных (суммарный показатель психического здоровья у больных – 262,5 баллов, у населения г. Ижевска – 298,8 баллов) ($p < 0,05$). Так, у больных туберкулезом показатель «социальное функционирование», который определяет степень, где физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение), был самым низким среди всех показателей и составил $50,2 \pm 7,9$ баллов (в группе сравнения – $76,7 \pm 1,4$ баллов). Показатель «психическое здоровье пациентов» был равен $64,4 \pm 7,6$ баллам, что ниже данного показателя в группе сравнения ($69,9 \pm 1,2$ баллов), это свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии больных туберкулезом. Пациенты обессилены, утомлены, у них снижена жизненная активность, что доказывает показатель «жизнеспособность», который ниже в группе исследования, чем в группе сравнения и равен соответственно $64,5 \pm 7,6$ и $68,4 \pm 1,1$ баллов. Выявленные изменения психического компонента здоровья свидетельствуют о влиянии болезни в первую очередь на психическое, эмоциональное состояние и социальную активность человека, и, следовательно, в программах лечения необходимо обращать на это внимание.

Сравнение показателей КЖ больных туберкулезом среди мужчин и женщин представлено на рис. 2.

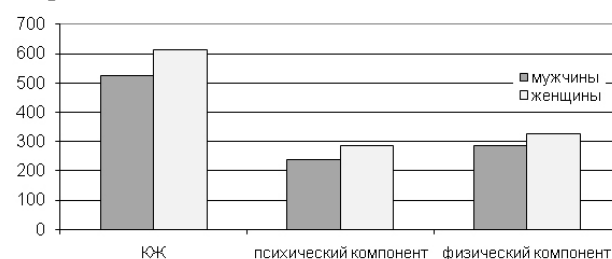


Рис. 2. Уровень качества жизни у мужчин и женщин, больных туберкулезом (в баллах)

Так, суммарный показатель КЖ мужчин был на 14,6 % ниже, чем у женщин, и составил, соответственно, 524,0 и 613,5 баллов ($p < 0,05$).

По всем шкалам показатели КЖ у женщин были выше, чем у мужчин ($p < 0,05$). Больные туберкулезом мужчины отмечали значительное ограничение своей социальной активности (показатель «социальное функционирование» составил $46,5 \pm 16,6$ баллов при $53,8 \pm 16,6$ баллах у женщин). Мужчины утомлены, их жизненная активность снижена, что доказывает низкий показатель «жизнеспособность» – $57,0 \pm 16,5$ баллов (у женщин – $72,0 \pm 14,9$ баллов). Так же у пациентов мужского пола отмечалось значительное ограничение повседневной ролевой деятельности (работы, выполнения повседневных обязанностей) их физическим состоянием («ролевое физическое функционирование» составило $57,5 \pm 16,5$ баллов при $82,5 \pm 12,7$ баллах у женщин). Такая эмоциональная нагрузка неблагоприятно отражается на психической сфере у мужчин, больных туберкулезом, показатель «психическое здоровье» составил $58,8 \pm 16,4$ баллов и $70,0 \pm 15,3$ баллов у женщин, что является вероятным признаком наличия психического неблагополучия. Мужчины больше подвержены тревожным переживаниям и депрессии, чем женщины. Они замыкаются в себе, отказываются от обследования и лечения, что может привести в дальнейшем к осложнению туберкулеза и развитию вторичных форм, а так же высокой летальности.

Вывод. Показатель КЖ больных ограниченной инфильтративной формой туберкулеза легких был на 7,3 % ниже, чем в группе сравнения. Снижение КЖ больных происходило в основном за счет психического компонента здоровья. Это говорит о наличии у них депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии, социальной дезадаптации, что определяет необходимость психологического сопровождения данных больных. У мужчин данные изменения проявлялись более выражено, чем у женщин. Результаты исследования параметров КЖ больных туберкулезом легких могут быть использованы для их целенаправленной психосоциальной реабилитации с учетом формы заболевания.

Список литературы:

1. Асеев, А. В. Качество жизни больных раком молочной железы / А. В. Асеев, В. Я. Васютков. – Тверь, 1999. – 94 с.
2. Гончаров, Ю. Н. Улучшение качества жизни больных бронхиальной астмой / Ю. Н. Гончаров // Материалы Восьмого национального конгресса по болезням органов дыхания. – Москва, 1998. – С. 3–26.
3. Методика анализа качества жизни, связанного со здоровьем населения, на основе обобщенных показателей / Л. Ф. Молчанова [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 1. – С. 7–11.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. ИONOва; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – Изд. 2-е. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
5. Суховская, О. А. Использование общих и специальных опросников изучения качества жизни в пульмонологии / О. А. Суховская // Материалы Десятого национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2000. – С. 187.

УДК 614.2

А. А. Калининская¹, А. Э. Гайдарова², М. Д. Мерекина³

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» МЗ РФ

Кафедра общей гигиены

³ФГУ «Южный окружной медицинский центр федерального медико-биологического агентства», Республика Дагестан

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Калининская Алефтина Александровна – руководитель отделения организации лечебно-профилактической помощи доктор медицинских наук, профессор; г. Москва, ул. Добролюбова, 11, тел. +7 (495) 618-43-88, e-mail: akalininskaya@ya.ru; Гайдарова Арапат Эльдаровна – заведующий отделением гинекологии кандидат медицинских наук; Мерекина Мария Дмитриевна – лаборант кафедры

В статье представлен анализ форм профилактической работы с населением на региональном уровне: центры здоровья, клиники дружественные к молодёжи. Представлены стратегические подходы к профилактике инфекций, передаваемых половым путём.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путём; центр здоровья; клиника дружественная к молодёжи; профилактическая работа

A.A. Kalininskaya¹, A.E. Gaydarova², M.D. Merekina³

¹Central Research Institute of Organization and Informatization of Public Health, Moscow

²Moscow State Medical and Stomatological University named after A.I. Yevdokimov

Department of General Hygiene

³Southern District Medical Center of Federal Medico-biological Agency, Republic of Dagestan

PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Kalininskaya Aleftina Alexandrovna — Head of the Department of Organization of Medical and Preventive care Doctor of Medical Sciences, Professor; Moscow, 11 Dobrolubova st., tel. +7 (495) 618-43-88, e-mail: akalinskaya@ya.ru; **Gaydarova Arapat Eldarovna** — Head of the Department of Gynecology Candidate of Medical Sciences; **Merekina Maria Dmitrievna** — Laboratory Assistant

The article presents the analysis of the forms of preventive work with the population at the regional level: health centers, youth-friendly clinics. Strategic approaches to prevention of sexually transmitted infections are presented.

Key words: sexually transmitted infections; health center; youth-friendly clinic, preventive work

Проблема заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), из медицинской все более превращается в социальную, так как в их распространении большую роль играют этнологические, экономические и культурные особенности региона. Резкое падение уровня жизни населения и экономическое расслоение общества, рост безработицы, отсутствие социальной защиты населения привели к значительному изменению духовных и поведенческих стереотипов и как следствие — к росту ИППП.

Многообразие ИППП требует повышенного внимания акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, педиатров и других специалистов [1].

В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по ИППП необходимо совершенствовать контроль и мониторинг состояния здоровья различных социальных групп населения. Учитывая высокую заболеваемость ИППП и низкий уровень профилактики на фоне коммерциализации отрасли, первоочередной задачей становится повышение эффективности и качества профилактической работы в дерматовенерологии.

В программных документах ВОЗ целью профилактической работы в национальной системе здравоохранения следует считать не только снижение уровня заболеваемости, но и укрепление и повышение уровня сексуального здоровья населения. Профилактика ИППП это постоянная, целенаправленная работа, проводимая на всех уровнях — государственном, региональном, муниципальном, индивидуальном [2].

В основе стратегии профилактики ИППП находятся факторы риска, способствующие формированию дерматовенерологической патологии, в числе которых национально-географические особенности региона, поведенческие, социальные, экономические, медико-организационные. С 90-х годов в нашей стране почти не проводятся профилактические мероприятия и ранние выявления заболеваний, при том, что в советский пе-

риод акцент делался на как можно более раннее выявление заболеваний путем проведения обязательных профилактических осмотров, обследований, целевых скринингов и т. д. Пациенты зачастую занимаются самолечением, и, в результате, на данном этапе ИППП стали выявляться на поздних стадиях, когда пациенты сами обращаются к врачам. Ведущая роль в профилактике ИППП должна принадлежать первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [3, 4].

Приказом Минздравсоцразвития от 19.08.2009 г. № 597 н «Об организации деятельности центров здоровья (ЦЗ) по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая сокращения потребления алкоголя и табака» была регламентирована организация ЦЗ. В РФ создано более 500 ЦЗ.

Следует отметить, что организация деятельности ЦЗ нуждается в серьезной доработке. ЦЗ должны тесно контактировать с медицинскими организациями первичного звена здравоохранения. Лучше всего было бы, если ЦЗ открывались на базе общих врачебных практик (ОВП), как это сделано, например, в Астраханской и Белгородской областях.

В деятельность ЦЗ следует включить мониторинг факторов риска ИППП. Следует активно внедрять врача общей практики/семейного врача (ВОП/СВ) в первую очередь на селе. Не упуская фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), следует активно привлекать фельдшеров к работе по профилактике ИППП.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) совместно с Фондом ООН по народонаселению (ЮНФПА) и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) разработана совместная программа по созданию «клиник, дружественных к молодежи» (КДМ). КДМ — это учреждение, оказывающее комплексную медицинскую, психологическую и социальную помощь подросткам по проблемам сохранения здоровья на принципах четырех «Д»:

добровольность, доступность, доброжелательность и доверие. В настоящее время в России создано более 130 КДМ.

В КДМ организован прием терапевта, акушера-гинеколога, уролога-андролога, а также психолога, юрисконсульта и социального работника. В КДМ бесплатно осуществляются консультации специалистов по телефону, проводится просмотр видеофильмов; пациенты получают брошюры, буклеты, памятки по вопросам здорового образа жизни, планирования семьи, контрацепции, профилактики ИППП, наркомании, алкоголизма и табакокурения, при необходимости делается тест на беременность. Работа КДМ строится строго на принципах конфиденциальности. Важным разделом деятельности КДМ является работа психолога и волонтеров по активной профилактике факторов риска ИППП среди молодежи.

Эффективность мероприятий по охране репродуктивного здоровья учащейся молодежи, проводимых на базе КДМ, определялась повышением уровня знаний о факторах риска заболеваний репродуктивной системы, информированности о предохранении от нежелательной беременности, изменением репродуктивного поведения молодежи. На необходимость создания специализированных центров, куда могут обращаться на прием к врачам подростки и молодежь отдельно от взрослых, указали 96 из 100 респондентов.

Для воспитания физически и нравственно здорового поколения с высоким уровнем репродуктивных установок усилий только медицинских работников недостаточно. Необходим межведомственный подход. КДМ тесно сотрудничает с учреждениями образования и социальной защиты населения, опеки и попечительства, молодежными и общественными организациями, органами внутренних дел, средствами массовой информации. КДМ относятся к новым эффективным формам активной профилактики здорового образа жизни среди подростков. Необходимо развивать эти формы работы во всех регионах РФ.

С 90-х годов произошло снижение ответственности исполнительной власти на местах за состояние дерматовенерологической помощи населению. Утрачен механизм реального воздействия на причины распространения ИППП и их профилактику. В настоящее время фактически разрушено государственное здравоохранение, использовавшее диспансерные принципы борьбы с ИППП, а коммерческая медицина не всем доступна.

Оказание медицинской помощи больным с ИППП должно осуществляться в соответствии с четко сформулированной стратегией оказания дерматовенерологической помощи, основанной на нормативно-правовой базе и методическом обеспечении (стандарты диагностики лечения, диспансерное наблюдение, учетно-отчетная документация для медицинских организаций всех форм собственности). Важная роль должна отводиться координации деятельности учреждений здравоохранения всех форм собственности.

Сохранение благополучной эпидемиологической ситуации в стране должно основываться прежде всего на деятельности государственных медицинских учреждений, оказывающих дерматовенерологическую помощь по ИППП. При этом необходимы новые алгоритмы конструктивного взаимодействия государственных и негосударственных медицинских организаций, которые должны нести равную ответственность за соблюдение стандартов диагностики и лечения, достоверную регистрацию ИППП, проведение в полном объеме противоэпидемических мероприятий.

Для улучшения и стабилизации ситуации по борьбе с ИППП требуется ресурсное обеспечение отрасли. Необходима разработка эффективных целевых региональных (республиканских) программ по профилактике ИППП. Задачи программы должны быть ориентированы на взаимосвязи культурно-просветительной, воспитательной, производственно-коммерческой, оздоровительной работы, а также на благотворительную деятельность общественных организаций.

Реализация программы возлагается на органы управления здравоохранением и республиканские, областные и краевые центры государственного санэпиднадзора, с контролем хода выполнения программы и оценкой ее эффективности. Региональная программа профилактики ИППП должна включать решение задач межведомственного взаимодействия и регламентации деятельности всех заинтересованных служб, начиная с высших органов государственной власти, глав администрации муниципальных образований, органов УВД, прокуратуры, юстиции, народного образования, медицины и др., для воссоздания управленческой вертикали действенного контроля за ИППП. Региональная (республиканская) программа профилактики ИППП должна осуществляться во взаимодействии с единой Федеральной программой РФ [5, 6].

Стратегические подходы к профилактике ИППП на региональном (республиканском) уровне требуют решения следующих задач:

- обеспечение преемственности в разработке и реализации целевой федеральной, республиканской и муниципальных программ по профилактике ИППП, наркомании и СПИДа;
- разработка и внедрение единых стандартов лечебно-диагностической, диспансерной и эпидемиологической работы в отношении ИППП для специалистов медицинских учреждений различных форм собственности на региональном уровне;
- увеличение финансовых затрат на профилактику ИППП, привлечение различных источников финансирования;
- совершенствование системы информационного обеспечения в дерматовенерологии, разработка и реализация скрининговых программ профилактики ИППП;
- формирование механизмов контроля работы частнопрактикующих врачей, оказывающих медицинскую помощь больным с ИППП;
- совершенствование и контроль управления качеством работы по профилактике ИППП;
- совершенствование организационных форм профилактики ИППП на уровне первичного звена здравоохранения;
- привлечение к профилактической работе по выявлению ИППП врачей первичного звена, терапевтов, гинекологов, урологов, стоматологов, педиатров и других специалистов;
- реформирование системы первичной профилактики ИППП в молодежных коллективах, организациях, в образовательных учреждениях создание «клиник, дружественных к молодежи»;
- предусмотреть в работе центров здоровья скрининг выявления факторов риска ИППП;
- активизация работы отделений профилактики на формирование позитивной модели сексуального поведения;
- совершенствование информационно-аналитической базы эпидемиологического надзора за ИППП;
- предусмотреть органам исполнительной власти систему льгот средствам массовой информации для проведения социальной рекламы профилактики ИППП.

Профилактика ИППП на муниципальном уровне должна включать:

- активное выявление больных ИППП, а также контактных лиц из группы риска;
- проведение динамического скрининга ИППП;
- обеспечение доступной и конфиденциальной медицинской помощи в муниципальных

структурах всем слоям населения и в первую очередь молодежи;

- совершенствование организационных форм работы службы анонимного обследования и лечения с обеспечением профилактической направленности;
- повышение престижа, качества и конфиденциальности в работе муниципальных учреждений с целью притока в них больных из частнопрактикующих структур;
- укрепление кадровой базы их подготовки и рациональное использование программы до- и последипломной подготовки врачей первичного звена, а также врачей-специалистов (дерматовенерологов, гинекологов, урологов, хирургов, стоматологов и др.);
- санитарное просвещение как отдельных категорий граждан, так и семей в целом.

Профилактика ИППП в РФ является одной из важных государственных задач. На региональном уровне она должна основываться на комплексном, межведомственном, междисциплинарном подходе с целью снижения заболеваемости посредством активизации первичной, вторичной и третичной профилактики, направленной в первую очередь на молодежь и лиц фертильного возраста. Региональные (республиканские) и муниципальные программы должны взаимодействовать с Федеральной программой с учетом специфики регионов и муниципальных структур.

Список литературы:

1. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 5. – С. 4–21.
2. **Алексеева, Е. Б.** Профилактика инфекций, передающихся половым путем / Е. Б. Алексеева, М. В. Ефремова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 30–32.
3. Современная ситуация по возрастным и гендерным характеристикам больных инфекциями, передающимися половым путем / О. В. Поршина [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 3. – С. 39–42.
4. **Киясов, И. А.** Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути ее профилактики / И. А. Киясов, Ф. В. Хузиханов // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 2. – С. 51–55.
5. Опыт организации борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, в Удмуртской Республике / В. А. Мерзляков [и др.] // Практическая медицина. – 2013. – № 1–4 (73). – С. 84–86.
6. **Кунгуров, Н. В.** Инновационный опыт организационно-методической работы по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем, в Уральском федеральном округе / Н. В. Кунгуров, Т. А. Сырнева, Н. В. Зильберберг // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 3 (58). – С. 34–36.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

УДК 378.661(470.51-25):378.2

Н. С. Стрелков, А. Е. Шкляев, Д. А. Толмачев

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

ОПЫТ РАБОТЫ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПО ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Стрелков Николай Сергеевич — ректор академии доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: rector@igma.udm.ru; Шкляев Алексей Евгеньевич — проректор по научной работе доктор медицинских наук; Толмачев Денис Анатольевич — кандидат медицинских наук, доцент

Дефицит врачей в России составляет порядка 40 тысяч специалистов. Решение кадровой проблемы в здравоохранении планируется осуществить за счет целевого приема. В настоящее время в ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ УР целевая контрактная подготовка кадров осуществляется по договорам с 8 регионами и федеральными ведомствами Российской Федерации.

Ключевые слова: целевая подготовка; медицинский вуз; абитуриенты

N. S. Strelkov, A. Ye. Shklyayev, D. A. Tolmachev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

EXPERIENCE OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY IN TARGET MEDICAL TRAINING

Strelkov Nikolai Sergeevich — Rector of Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., e-mail: rector@igma.udm.ru; Shklyayev Alexey Yevgenyevich — Vice-rector for Scientific Research Doctor of Medical Sciences; Tolmachev Denis Anatolyevich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

The shortage of doctors in Russia is about 40 thousand specialists. It is planned to solve the problem of personnel in health care through special admission. Currently, in Izhevsk State Medical Academy training of medical professionals is carried out under contracts with 8 regions and Federal agencies of the Russian Federation.

Key words: target training; medical school; applicants

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан России Президентом Российской Федерации В. В. Путиным дано поручение Правительству совместно с высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ обеспечить развитие системы целевого приема в образовательные учреждения высшего медицинского образования [4].

В настоящее время дефицит врачей в России составляет порядка 40 тысяч специалистов, полное решение этой проблемы возможно не ранее 2017 года. При этом руководство МЗ РФ отмеча-

ет, что последние 20 лет учет выпускников медицинских вузов по профилям специальностей осуществлялся неудовлетворительно, не было предусмотрено отработки в первичном звене здравоохранения после окончания вуза. В результате первичное звено «оголилось», а ведущие клиники укомплектованы. Решение кадровой проблемы в здравоохранении планируется осуществить за счет целевого приема [5].

Целевой прием — это прием студентов на первый курс высшего учебного заведения в целях обеспечения фактического равенства при поступлении в вузы, содействия государственным и муниципальным органам в подготовке кадров для реше-

ния социально-экономических проблем регионов. Вузам дано право выделять в рамках числа мест, финансируемых из федерального бюджета, определенное их количество для целевого приема, организовывать на эти места отдельный конкурс [2, 3].

За время существования целевого приема в Ижевскую государственную медицинскую академию Ученым советом были выделены места для абитуриентов, поступающих по направлению от органов управления здравоохранением Удмуртской Республики, Республик Коми, Марий Эл, Башкортостан, Татарстан, Мордовия, Коми-пермяцкого автономного округа, Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН). Вступительные испытания в письменной форме для поступающих на целевые места проводились силами выездных приемных комиссий, в настоящее время абитуриенты предоставляют результаты ЕГЭ.

Целевой прием для лиц из Удмуртской Республики до 1998 года осуществлялся только из сельских районов. В связи с низкой укомплектованностью врачами медицинских организаций в октябре 1997 года Министерство здравоохранения Удмуртской Республики обратилось с просьбой организовать целевой прием абитуриентов из числа жителей городов Сарапула, Воткинска, Глазова и Можги. С 2014 года начат целевой прием для медицинских организаций г. Ижевска.

За период 2010–2015 годов для целевого набора в ИГМА было выделено 969 мест, в том числе для Удмуртской Республики – 596 мест. Все выделенные целевые места для Удмуртской Республики были заполнены, в том числе по факультетам: лечебный – 437, педиатрический – 137, стоматологический – 22. По целевому набору больше всего абитуриентов поступают из таких районов республики как: Алнашский, Завьяловский, Кезский, Малопургинский, Можгинский, Сарапульский, Увинский, Юкаменский. Меньше всего представителей из Граховского, Дебесского, Камбарского, Красногорского, Селтинского, Сюмсинского и Ярского районов.

В настоящее время целевая контрактная подготовка кадров осуществляется по договорам с 8 регионами и федеральными ведомствами Российской Федерации (Удмуртская Республика, Республики Коми, Марий-Эл, Башкортостан, Мордовия, Татарстан, Федеральная служба исполнения наказаний и Федеральное медико-биологическое агентство). Доля зачисленных по целевой конт-

рактной подготовке колебалась от 40,9% в 2005 г., 32,3% в 2010 г. до 56,4% – в 2015 г. Необходимо отметить общую тенденцию к увеличению количества выделяемых учредителем мест для целевой контрактной подготовки кадров [6].

Конкурс на целевые места обычно бывает ниже, чем на места общего конкурса. Среди «целевиков» из Удмуртской Республики в 2015 году на лечебном факультете конкурс составил 1,17 человека на место (общий конкурс – 12,99), на педиатрическом – 1,25 (23,46), на стоматологическом – 2,60 (51,00), в целом по вузу – 1,25 (19,69). Проходные баллы на целевые места также, как правило, ниже, чем на места общего конкурса. Так, в 2015 году среди абитуриентов, поступавших по направлениям от Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, на лечебном факультете проходной балл составил 173 (общий конкурс – 229), на педиатрическом – 181 (226), на стоматологическом – 237 (236).

Традиционно в апреле в Ижевской государственной медицинской академии происходит распределение выпускников (помощь в трудоустройстве), в том числе заканчивающих ВУЗ в рамках целевого набора, в присутствии представителей Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, заведующих выпускающих кафедр. Предварительное и окончательное распределение, в большей части, проходит без участия главных врачей и заместителей глав администраций по социальным вопросам. Тем не менее, студенты, обучающиеся по целевому приему, распределяются в те районы и города Удмуртской Республики, откуда поступали, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Таким образом, в Ижевской государственной медицинской академии имеется многолетний положительный опыт работы по целевой контрактной подготовке специалистов с высшим медицинским образованием для нужд федеральных ведомств и региональных министерств здравоохранения.

Вместе с тем, система подготовки кадров по целевому приему нуждается в серьезной корректировке: необходимо юридически тщательно проработать договоры между работодателем, студентом и вузом в части повышения социальной адаптации; усилить роль глав администраций, главных врачей в профориентационной работе, подборе абитуриентов, распределении выпускников и последующем их трудоустройстве; центру довузовского образования ИГМА активизировать

работу с главами муниципальных образований с целью усиления базовой подготовки абитуриентов, поступающих по целевому приему; деканатам факультетов и отделу по воспитательной работе ИГМА наметить план мероприятий для ускорения адаптации студентов I курса, поступивших по целевому набору, к обучению в вузе.

Список литературы:

1. Оптимизация профессионально-ориентационной довузовской подготовки / П. И. Цапок [и др.] // Современные проблемы качественного образования в высшей школе: материалы межрегиональной межвузовской научно-методической конференции. – Киров, 2007. – С. 156–157.
2. Постановление Правительства РФ от 27.11.2013 г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении».
3. Приказ Минобрнауки России от 14.10.2015 г. № 1147 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образо-

вательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры на 2016/17 учебный год».

4. Путин, В. В. Обращение Президента РФ Федеральному Собранию // РИА Новости. – Москва, 23 апреля 2013. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20130423/934176483.html>.

5. Скворцова, В. И. Минздрав надеется ликвидировать дефицит врачей в РФ через 3–4 года: интервью Министра здравоохранения РФ // РИА Новости. – Москва, 20 марта 2013. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20130320/928153202.html>.

6. Структура подготовки специалистов в ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации / Н. С. Стрелков [и др.] // Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации: материалы международной научно-практической конференции. – Ижевск, 2011. – С. 6–10.

УДК 614.2:007

Н. С. Стрелков, В. К. Гасников¹, В. Н. Савельев²

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

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ В ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Стрелков Николай Сергеевич – ректор академии, доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: rector@igma.udm.ru, тел. 8 (3412) 52-62-01; Гасников Владимир Константинович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Савельев Владимир Никифорович – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

В статье представлена более чем 30-летняя история развития преподавания медицинской информатики в Ижевской государственной медицинской академии. Приведены материалы о становлении курса медицинской информатики, основные этапы и результаты его педагогической, научной, организационно-методической деятельности совместно с практическим здравоохранением.

Ключевые слова: автоматизированные системы управления в здравоохранении; обучение медицинской информатике; курс медицинской информатики и управления; совместная работа с практическим здравоохранением; развитие информатизации медицины в Удмуртской Республике

N.S. Strelkov, V.K. Gasnikov¹, V.N. Savelyev²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

²Department of Public Health and Health Care Service

HISTORY OF ESTABLISHMENT AND DEVELOPMENT OF TEACHING MEDICAL INFORMATICS IN IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Strelkov Nikolai Sergeevich – Rector of the Academy Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8(3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; Gasnikov Vladimir Konstantinovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Savelyev Vladimir Nikiforovich – Professor Doctor of Medical Sciences, Professor

The article presents 30-year history of the development of teaching medical informatics in Izhevsk State Medical Academy. The establishment of the course and the main stages of its development are described. The results of pedagogical, scientific, organizational and methodological work of the faculty members in cooperation with health care institutions are shown.

Key words: automated control systems in health care service; teaching medical informatics; a course in medical informatics and management; cooperation with health care institutions; development of informatization in medicine in the Udmurt Republic

Первые шаги по участию различных кафедр медицинского института в разработке и внедрении автоматизированных систем управления (АСУ) в здравоохранении г. Ижевска относятся к 70-м

годам прошлого столетия [1]. Следует отметить большую роль в решении этих вопросов кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. кафедрой проф. Н. Н. Ежова), госпиталя-

ной терапии (зав. кафедрой проф. В.В. Трусов), а также руководителей органов и учреждений здравоохранения МСЧ «Ижмаш» (гл. врач канд. мед. наук Т.В. Крупина) и Ижевского горздравотдела (зав. канд. мед. наук И.Б. Эдлинский).

Целенаправленное и систематическое обучение этим вопросам в Ижевской государственной медицинской академии началось в 90-е годы.

В 1989 году Министерство здравоохранения СССР утвердило первую межкафедральную программу по этой проблеме, которая базировалась на комплексировании работы многих кафедр. Только такой подход позволял обеспечить подготовку студентов на уровне квалифицированных пользователей, умеющих целенаправленно применять ЭВМ для более эффективного исполнения своих должностных обязанностей. Реализация такого подхода требует многолетних скоординированных усилий, а также четкого взаимодействия с практическим здравоохранением. Именно по такому пути осуществлялось развитие учебного процесса по информатике и управлению в Ижевской государственной медицинской академии.

На первых этапах эти вопросы были включены в учебную программу кафедры медбиофизики. Для этого этапа характерны недостаточная готовность студентов младших курсов воспринимать специфику отрасли здравоохранения и отсутствие целенаправленной подготовки к применению компьютерных медицинских технологий на более старших курсах. При этом прежде всего осваивались основные понятия информатики и кибернетики, основы алгоритмизации и программирования, принципы устройства и практической работы на ЭВМ. Особое внимание уделялось освоению элементов работы на медицинской аппаратуре с микропроцессорами и основным направлениям применения ЭВМ для решения задач в биологии и медицине.

Дальнейшему закреплению основ биологической кибернетики способствовали применение средств вычислительной техники на кафедрах физиологии, биохимии и биологии в познании процессов моделирования физиологических и биоэнергетических функций, а также при контроле получаемых знаний студентами младших курсов.

К середине 90-х годов остро встали проблемы перехода на качественно новый уровень подготовки специалистов по использованию ЭВМ в лечебно-диагностической и управленческой деятельности, а также усиления роли врача в постановке задач для разработки программных комплексов.

Для решения этих проблем по инициативе руководства ИГМА при содействии МЗ УР в конце 1995 года был организован курс медицинской информатики и управления. Курс был открыт в рамках кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения с использованием базы и кадров информационно-вычислительного центра (ИВЦ) МЗ УР. Его руководителем был утвержден директор ИВЦ МЗ УР, возглавлявший курс медицинской информатики до 2011 года. Курс был организован в пределах штатных возможностей кафедры, без привлечения особых дополнительных материальных ресурсов, т.к. на первых порах были задействованы мощности уже функционирующих дисплейных классов ИГМА и ИВЦ МЗ УР. При этом предполагалось, что сложившаяся система обучения студентов младших курсов на кафедре медбиофизики по основам знаний вычислительной техники не будет ломаться, а курс медицинской информатики и управления станет логическим развитием программы в соответствии с имеющимися образовательными и профессиональными стандартами. Следует отметить, что именно такой подход был впоследствии рекомендован в программе по медицинской информатике для студентов высших медицинских учебных заведений, утвержденной МЗ РФ в 2000 году.

В отличие от других вузов страны в ИГМА в один учебный курс были объединены вопросы информатизации и управления здравоохранением. Преподавание велось на старших курсах по цикловой системе. Была разработана базовая программа обучения, которая утверждена ректором медицинской академии. В лекционной программе было предусмотрено знакомство с научными основами управления здравоохранением, введение в медицинскую информатику, обзор имеющихся нормативных и законодательных актов по вопросам информатизации здравоохранения, введение в основы системного моделирования управленческого процесса и его информационного обеспечения, формирование общих представлений о разработке, внедрении и эксплуатации компьютерных технологий в медицине. На практических занятиях давались основы организационно-технического обеспечения автоматизированных рабочих мест в учреждениях здравоохранения. Студенты осваивали элементы применения системного анализа и моделирования в различных сферах врачебной деятельности, закрепляли навыки работы на ЭВМ, осваивали общесистемные программные средс-

тва, текстовые и табличные редакторы. Специальное время выделялось для практической работы с пакетами прикладных программ, которые широко применяются руководителями различных служб и подразделений в здравоохранении, в поликлиниках и стационарах.

Первый опыт функционирования курса медицинской информатики и управления показал правильность выбранной стратегии. Наряду с этим были выявлены и слабые места в процессе подготовки и освоения материала, что требовало дополнительных разработок применительно к современным условиям.

Особо необходимо остановиться на том, что наиболее сложным разделом лекционного курса является формирование у обучающихся целостного представления об управлении, что само по себе является актуальной теоретической и практической проблемой. По этой причине была проведена структуризация представления о системе научно-го управления здравоохранением.

Для проведения практических занятий со студентами и обеспечения их самостоятельной подготовки на первых порах отсутствовали учебно-методические пособия, адаптированные для здравоохранения. Для восполнения этого пробела были разработаны и утверждены на федеральном уровне два учебных пособия [2, 7]. Кроме того подготовлены и утверждены на уровне института и республики «Практическое пособие для медицинских работников по пользованию *IBM PC*» (1996), «Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене, организации, управлению и экономике здравоохранения» (1999), методические рекомендации по оценке управленческих навыков и деловых качеств руководителей здравоохранения (1996), по обобщенной оценке показателей (1996), учебно-методическое пособие «Нормативно-целевое обеспечение формирования технологии и структуры системы управления в здравоохранении» (2002), и др. Вопросы информатики и управления включены в программу элективных занятий со студентами на кафедре. В системе последипломной подготовки врачей активно внедрялись элементы дистанционного обучения.

С первых дней существования курс медицинской информатики и управления активно включился в научно-практическую деятельность, которая активно проводилась кафедрой социальной медицины, экономики и организации здравоохранения ИГМА в тесном сотру-

дничестве с Министерством здравоохранения Удмуртии. Особое место при этом отводилось научному обоснованию развития информатизации здравоохранения, разработке целевых программ, совершенствованию аналитической деятельности, развитию телекоммуникационных средств связи, обмену накопленным опытом, внедрению телемедицины [3, 4, 6].

Большое внимание уделялось научному обоснованию программно-целевых подходов к развитию информационно-компьютерных технологий в здравоохранении Удмуртии, что существенно повышало эффективность проводимой работы.

Совместно с МЗ УР были разработаны шесть целевых программ развития информатизации здравоохранения Удмуртской Республики на 1994–1996, 1997–1999, 2000–2002, 2003–2005, 2006–2008 и 2009–2011 гг.

В ходе реализации целевых программ была разработана стратегия массовой компьютеризации лечебно-профилактических учреждений, определена единая системная и техническая политика, подготовлена база для широкого обучения медицинских работников компьютерной грамотности, реализована стройная система внедрения и сопровождения программных продуктов. Были разработаны универсальные типовые пакеты программ, которые можно широко использовать на всех уровнях управления – в поликлиниках и стационарах, у руководителей органов и учреждений здравоохранения, в экономических, кадровых, статистических службах, и т.д. В результате проведенной работы стало возможным предложить каждому лечебно-профилактическому учреждению удобный для них вариант типового программного обеспечения с учетом их потребностей.

Существенное развитие получило программное обеспечение отрасли. Особое внимание уделялось разработкам и модернизации программных средств. К концу 2010 года в органах и учреждениях здравоохранения Удмуртии находилось в промышленной эксплуатации 110 программных комплексов. По таким основным задачам, как «Стационар», «Поликлиника», «Кадры», «Стоматология», «Штатное расписание», был достигнут полный охват автоматизированной обработкой всей республики.

Проводилась работа по созданию систем мониторинга медико-демографических процессов, деятельности больниц и поликлиник республики, использования основных видов ресурсов от-

расли. Активно велась работа по модернизации имеющихся программных средств.

Для более результативного внедрения компьютерных технологий широко осуществлялась активная консультативная работа, в т. ч. и с выездами на места. Так, только за 2008–2010 гг. проведено более 18 тыс. консультаций, из них около 10 тыс. – очных в Республиканском медицинском информационно-аналитическом центре (РМИАЦ) МЗ УР, и выполнено около 400 выездов и выходов в учреждения здравоохранения. Объем этой работы ежегодно возрастал.

Значительно активизировалось кадровое обеспечение информатизации здравоохранения на основе непрерывности додипломной и последипломной подготовки медработников и широкого использования компьютерных технологий в различных разделах работы с кадрами. Были созданы программы обучения руководителей органов и учреждений здравоохранения на факультете последипломной подготовки врачей; различных категорий медицинских работников – по основам компьютерной грамотности; студентов медицинской академии – по медицинской информатике и АСУ.

Большая работа осуществлялась по развитию информационно-аналитической деятельности в отрасли. Совершенствовалась система подготовки и выпуска годовых и квартальных информационных бюллетеней, основанная на структурно-функциональном построении управления, кибернетическом принципе регулирования по отклонениям и обобщенных показателях с использованием компьютерных технологий. Стратегическим направлением информатизации по-прежнему оставалась организация единого информационного пространства. Проведена большая работа по развитию компьютерной поддержки службы медицинской статистики Удмуртии.

Результаты деятельности по развитию компьютеризации здравоохранения за период выполнения целевых программ были представлены более чем на 50 научно-практических конференциях, в т. ч. международного, федерального и межрегионального уровней.

По актуальным вопросам информатизации здравоохранения постоянно разрабатывались методические рекомендации, информационные письма и учебно-методические пособия. Все издания выпускались достаточным тиражом, что во многом способствовало их эффективному использованию на практике.

Проводилась большая работа по подготовке научно-методических и информационно-аналити-

ческих материалов, имеющих важное межотраслевое значение в масштабах Удмуртской Республики и за ее пределами, таких как: «Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики», «Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ», «Основные показатели здоровья и медицинского обслуживания населения», «Мониторинг показателей здоровья населения», «Мониторинг эффективности использования ресурсов здравоохранения», «Мониторинг целевых показателей деятельности учреждений здравоохранения» и т. д.

Сотрудники курса медицинской информатики участвовали в разработке федеральных целевых программ информатизации здравоохранения на 1993–1995 гг. и на 1996–1998 гг., а также основных направлений информатизации здравоохранения России на 1999–2002 гг. В рамках реализации Федеральной программы информатизации здравоохранения на 1996–1998 гг. были разработаны и сданы в промышленную эксплуатацию программные комплексы «АРМ главного специалиста по педиатрической службе региона», «АРМ главного специалиста по акушерско-гинекологической службе региона», «АРМ по анализу заболеваемости венерическими и кожными заразными болезнями в регионе». Они получили «Свидетельства о пригодности к использованию в здравоохранении Российской Федерации» №№ 15–17 от 25.05.99 г.

В середине и конце 90-х годов в рамках совместной научно-практической деятельности была научно обоснована и экспериментально доказана необходимость структурно-функционального объединения информационно-вычислительных центров и служб медицинской статистики на региональном уровне здравоохранения. Это было признано целесообразным в масштабах всей страны, и в 2001 году МЗ РФ в номенклатуру учреждений здравоохранения был введен принципиально новый тип организации – региональные медицинские информационно-аналитические центры. В настоящее время такие центры организованы в большинстве регионов страны.

Разработанные методологические подходы к совершенствованию управления региональным здравоохранением и к комплексному развитию компьютерных технологий информатизации на основе программно-целевого планирования прошли многолетнюю и результативную проверку в здравоохранении Удмуртской Республики. Эти подходы в значительной степени являются универсальными и могут использоваться в лю-

бом регионе России. Они легли в основу докторской диссертации на тему: «Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов и информационных технологий» (2001 г.) [5].

За создание и широкое внедрение в практику компьютерных технологий информатизации здравоохранения коллектив РМИАЦ МЗ УР и курс медицинской информатики управления удостоен Премии Правительства Удмуртской Республики (1998), отмечен международной медалью им. И. И. Юзвигина (2004 г) и международной золотой медалью «За выдающиеся заслуги в отрасли информатизации мирового сообщества» (2010) Международной академии информатизации.

Вся работа, проводимая курсом медицинской информатики и управления ИГМА совместно с практическим здравоохранением, способствовала расширению использования компьютерных технологий в лечебно-профилактической, учебной и научно-исследовательской деятельности и, несомненно, повлияла на повышение эффективности функционирования отрасли.

УДК 378.146:004.738.5:54

П. В. Назаров, О. В. Игумнова, О. Е. Овечкина

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТЕРНЕТ-ЭКЗАМЕНА ФЭПО ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИМИЯ»

Назаров Павел Витальевич — доцент кафедры кандидат биологических наук, доцент; 426011, г. Ижевск, ул. Холмогорова, д. 37 А, к. 218; e-mail: pas274@mail.ru; тел. 8-912-753-88-25; **Игумнова Ольга Васильевна** — старший преподаватель кафедры; **Овечкина Оксана Евгеньевна** — старший преподаватель кафедры

Проведен анализ результатов Интернет-экзамена ФЭПО по химии за 2015 и 2016 гг. Отмечены условия и причины, которые привели к таким результатам. Даны рекомендации для получения более высоких и стабильных результатов интернет-экзамена.

Ключевые слова: образовательный стандарт; Интернет-экзамен; уровень обученности

P. V. Nazarov, O. V. Igumnova, O. Ye. Ovechkina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Biochemistry

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS INTERNETE FEPO-EXAMINATION ON THE DISCIPLINE «CHEMISTRY»

Nazarov Pavel Vitalyevich — Associate Professor Candidate of Biological Sciences, Associate Professor; 426011, Izhevsk, ul. Holmogorova, 37A, k. 218; e-mail: pas274@mail.ru; phone: 89127538825; **Igumnova Olga Vasilyevna** — Senior lecture; **Ovechkina Oksana Yevgenyevna** — Senior lecture

We analyzed the results of the online FEPO-examination in chemistry for 2015 and 2016. Noted the circumstances and reasons that led to such results. Recommendations for higher and more stable results online exam.

Key words: educational standard; Internet-based exam; the level of training.

Список литературы:

1. **Гасников, В. К.** Эволюция проблем теории и практики управления здравоохранением в регионе / В. К. Гасников. — Ижевск, 2001. — 381 с.
2. **Гасников, В. К.** Основы научного управления и информатизации в здравоохранении / В. К. Гасников. — Ижевск, 1997. — 170 с.
3. **Гасников, В. К.** Многолетний опыт совершенствования методологического и информационно-аналитического обеспечения управления региональным здравоохранением / В. К. Гасников, В. Н. Савельев, Н. С. Стрелков // Медицинский альманах. — 2008. — № 4. — С. 11–14.
4. **Гасников, В. К.** Методологические и информационно-аналитические проблемы управления здоровьем и здравоохранением / В. К. Гасников. — Ижевск, 2011. — 374 с.
5. **Гасников, В. К.** Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов и информационных технологий: дисс... д-ра мед. наук / В. К. Гасников. — Ижевск, 2001. — 278 с.
6. **Зарубина, Т. В.** Роль Республиканского медицинского информационно-аналитического центра МЗ УР и курса медицинской информатики и управления Ижевской медицинской академии в информатизации здравоохранения России / Т. В. Зарубина, Е. С. Пашкина // Развитие информационных технологий и проблемы управления здоровьем и здравоохранением // Научные труды. — Ижевск, 2009. — С. 126–130.
7. **Чеченин, Г. И.** Информатизация здравоохранения регионального уровня: учебно-методическое пособие / Г. И. Чеченин, В. К. Гасников. — Новокузнецк-Ижевск, 1996. — 171 с.

При переходе к обучению в медицинском вузе по образовательным стандартам нового поколения ФГОС-3 и ФГОС-3+, основной концепцией которых является компетентностный

подход, контроль усвоения знаний получает еще более широкий смысл. Контроль знаний, кроме информативной роли, имеет огромное значение в мотивации и активации самостоятельной учеб-

ной работы студента, что, несомненно, положительно сказывается на результатах его учебной деятельности в целом [1, 3].

Цель исследования: изучить уровень знаний по химии студентов медицинской академии.

Материал и методы исследования. Проведен Интернет-экзамен ФЭПО среди студентов педиатрического и лечебного факультетов в 2015, 2016 гг.

По результатам Интернет-экзамена все студенты по уровню подразделяются на четыре группы:

1) первый уровень обученности (студент усвоил некоторые элементарные знания по основным вопросам химии, но не овладел необходимой системой знаний);

2) второй уровень обученности (студент обладает необходимой системой знаний и владеет некоторыми умениями по дисциплине, способен понимать и интерпретировать освоенную информацию, что позволит ему в дальнейшем развить такие качества умственной деятельности, как глубина, гибкость, критичность, доказательность, эвристичность);

3) третий уровень обученности (студент продемонстрировал глубокие прочные знания и развитые практические умения и навыки, может сравнивать, оценивать и выбирать методы решения заданий, работать целенаправленно, используя связанные между собой формы представления информации);

4) четвёртый уровень обученности свидетельствует о способности студента к обобщению и оцениванию информации, которую он получает на основе исследования нестандартной ситуации, а также к использованию сведений из различных источников, соотнося их с предложенной ситуацией.

Детальный анализ результатов 2015 года, проведенный нами, привел к необходимости пересмотреть варианты домашних и контрольных заданий, ситуационных задач для студентов по важнейшим разделам: «растворы», «термодинамика», «кинетика», «окислительно-восстановительные процессы», «химия углеводов», «важнейшие качественные реакции в химии», «комплексные соединения». Каждый раздел был разбит на небольшие этапы с повторением базового школьного курса, выделением ключевых формул, обсуждением и решением основных контролируемых вопросов и практикума. Такой поэтапный контроль знаний и практических умений даёт определенную гарантию эффективности обучения.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ результатов федерального Интернет-экзамена в сфере профессионального образования (ФЭПО) по педиатрическому факультету ГБОУ ВПО ИГМА в 2015 и 2016 гг. представлен на рисунке 1. В 2015 г. 56% студентов имели первый (самый низкий) уровень обученности, а в 2016 г. их число снизилось до 13%. В 2015 г. 30% студентов показали второй уровень обученности, а в 2016 г. – 40%. В 2015 г. только 14% студентов показали третий уровень обученности против 45% в 2016 г. Четвертый уровень обученности в 2015 г. не показал ни один тестируемый, тогда как в 2016 г. 2% студентов достигли четвертого уровня.

Нельзя не отметить, что число студентов, показавших первый уровень обученности, заметно уменьшилось (более, чем в четыре раза), тогда как число студентов, показавших второй и третий уровни обученности, возросло, особенно число студентов, показавших третий уровень. Такой количественный рост, несомненно, показывает улучшение качества подготовки студентов к Интернет-экзамену.

Аналогичные результаты получены по лечебному факультету (рис. 2): уменьшается число студентов, показавших первый уровень обученности (с 45% до 20%), и возрастает число студентов, показавших третий уровень (с 18% до 48%). Также появляются студенты, показывающие четвертый уровень обученности. Число студентов, показавших второй уровень обученности, остается одинаковым: 37% в 2015 г. против 32% в 2016 г. В результате тенденция увеличения числа студентов лечебного и педиатрического факультетов с более высоким уровнем обученности сохраняется.

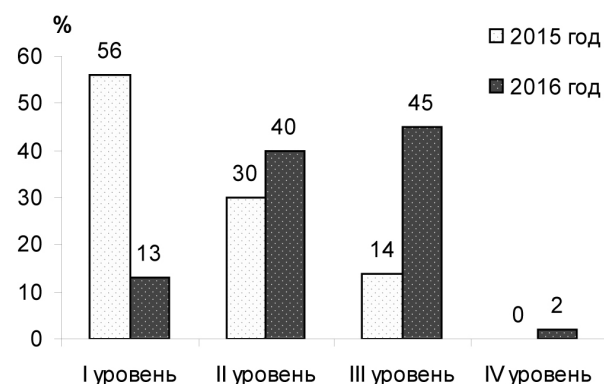


Рис. 1. Уровни усвоения знаний студентами педиатрического факультета в Интернет-экзамене по химии в 2015, 2016 гг.

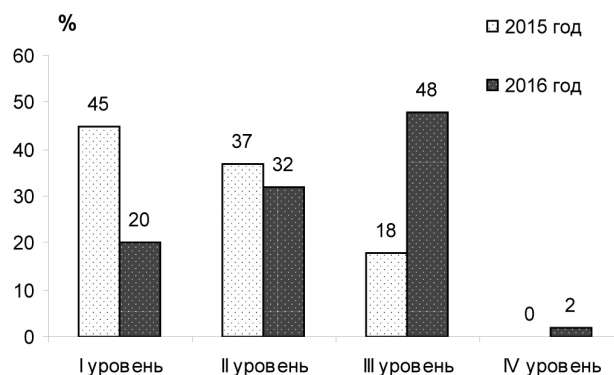


Рис. 2. Уровни усвоения знаний студентами лечебного факультета в Интернет-экзамене по химии в 2015, 2016 гг.

Таким образом, изменение подхода к изучению отдельных тем по дисциплине химия с выделением акцентов по важным и трудным в усвоении вопросам, составление опорных схем, наглядных диаграмм, пересмотр текущего контроля знаний, позволил повысить общий уровень

УДК 378.123.14:577

С. Р. Трофимова, С. Е. Переведенцева, Н. В. Савинова, О. В. Данилова

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

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ИЗУЧЕНИИ БИОХИМИИ КАК ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Трофимова Сания Равильевна — кандидат биологических наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, saniyatr@yandex.ru; Переведенцева Светлана Евгеньевна — кандидат медицинских наук, доцент; Савинова Наталья Вячеславовна — кандидат медицинских наук, доцент; Данилова Ольга Владимировна — кандидат медицинских наук, старший преподаватель

В работе проанализированы данные успеваемости студентов стоматологического и педиатрического факультетов по дисциплинам «Химия» и «Биохимия». Выявлена прямая корреляционная связь высокой силы между показателями успеваемости по этим предметам.

Ключевые слова: биохимия; химия; преемственность в обучении; общепрофессиональные компетенции

S. R. Trofimova, S. Ye. Perevedentseva, N. V. Savinova, O. V. Danilova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Biochemistry

CONTINUITY IN STUDYING BIOCHEMISTRY AS A BASIC MECHANISM OF ACQUIRING GENERAL PROFESSIONAL COMPETENCE

Trofimova Saniya Ravilyevna — Candidate of Biological Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., e-mail: saniyatr@yandex.ru; Perevedentseva Svetlana Yevgenyevna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Savinova Natalia Vyacheslavovna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Danilova Olga Vladimirovna — Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer

The paper analyzes the data on the academic achievement of students of the Faculty of Dentistry and the Faculty of Pediatrics within the courses in chemistry and biochemistry. A strong direct correlation between the academic achievement indices in these disciplines has been found out.

Key words: biochemistry; chemistry; continuity in training; general professional competence

В основе Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения подготовки врачебных кадров лежит многоуровневая система непрерывного профессионально-

обученности студентов первого курса; введение ситуационных задач, кейс-заданий, как элементов контроля знаний в процессе изучения дисциплины, способствовал развитию готовности студента обобщать, оценивать предоставленную информацию, решать нестандартные задачи, используя знания и практические умения, полученные при изучении химии в школе и в вузе.

Список литературы:

1. Баумгартэн, М. И. Актуальные проблемы преподавания КСЕ / М. И. Баумгартэн, И. Г. Митченков // Высшее образование в России. — 2010. — № 10. — С. 141–144.
2. Киселева, В. П. Федеральный Интернет-экзамен в сфере профессионального образования / В. П. Киселева, В. Г. Наводнов, В. А. Болотов // Высшее образование сегодня. — 2013. — № 12. — С. 2–6.
3. Юрченко, С. Г. Интернет-экзамен как инновационная технология управления качеством высшего профессионального образования / С. Г. Юрченко // Вестник учебно-методического объединения по образованию в области природообустройства и водопользования. — 2012. — № 4. — С. 189–198.

го образования, в соответствии с которой студенту для перехода на новую образовательную ступень необходимо осознать и сохранить знания и умения, полученные при изучении преды-

дущих дисциплин. Учеба студента – это непрерывные испытания нарастающей сложности. В связи с этим, вопросам преемственности преподавания дисциплин естественно-научного блока должно уделяться большое внимание. Данный принцип позволяет придать учебному процессу динамичный характер, обеспечить взаимосвязь в содержании, методах и приемах изучения материала, а также исключить его дублирование. Именно преемственность преподавания является одним из главных механизмов системного подхода к обучению и освоению такой общепрофессиональной компетенции (ОПК), как готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественно-научных понятий и методов при решении профессиональных задач (ОПК-7).

Цель исследования: выявить зависимость между знаниями студентов по биохимии со знаниями по химии.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы данные успеваемости студентов стоматологического (55 студентов) и двух академических групп педиатрического факультета (по 24 студента в каждой группе) по дисциплинам «Химия» и «Биохимия» ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия». Для этого измерены средние рейтинговые баллы по дисциплинам «Химия» и «Биохимия» и коэффициенты корреляции между ними.

Результаты исследования и их обсуждение. Известно, что изучение медицины издавна основывалось на химических знаниях. Среди вступительных экзаменов в медицинский вуз всегда была химия. Когда-то экзамен проводился в виде устного собеседования с экзаменаторами, затем в виде письменного экзамена, а в последнее десятилетие – в виде единого государственного экзамена (ЕГЭ).

Ни для кого не является секретом, что с введением ЕГЭ большинство студентов не могут составить краткий, но структурированный и исчерпывающий ответ. Они затрудняются провести причинно-следственную нить, выделить общее и привести частные примеры. Примерно треть студентов в каждой академической группе обучаются на договорной основе с полным возмещением затрат. Несмотря на то, что даже на договорной основе в наш вуз принимали только тех, кто набрал более 50 баллов ЕГЭ (по 100 балльной шкале) по каждой дисциплине, 21 % студентов на стоматологическом и 25 % студентов на педиатрическом факультете на диагностическом тестировании студентов 1 курса по дисциплине «Химия»

набрали менее 50 баллов. Для сдачи ЕГЭ такие студенты занимались с репетитором. Ежегодно результаты диагностического тестирования, проводимого на 1–3 неделе учебы в первом семестре, выявляют значительные пробелы по темам «Кислородсодержащие органические вещества» и «Азотсодержащие органические вещества». По таким темам как «Углеводы», «Жиры», «Аминокислоты», «Нуклеиновые кислоты» и «Белки» исходные знания у наших студентов практически отсутствуют. Этому есть вполне объяснимые причины. В последние годы на изучение химии в 10–11-х классах выделяется один час в неделю. Фактически предмет химия выбывает из общеобразовательной средней школы, а по новому Федеральному государственному стандарту высшего образования (ФГОС ВО) и из высшей школы. На изучение всей химии (общей, неорганической и биорганической) по медицинским специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология» по ФГОС ВО выделено всего 108 часов, из них 72 часа на аудиторную и 36 часов на самостоятельную работу. Формой промежуточного контроля является зачет. Преподавателям химии приходится одновременно с освоением программы 1 курса решать проблему кризиса школьного образования. В таких условиях трудно осуществить качественное обучение первокурсников химии. Так, средний рейтинговый балл по химии на стоматологическом факультете составил 3,07, а на педиатрическом факультете от 3,09 («сильная» группа) до 2,94 («слабая» группа).

При изучении биохимии знания правил техники безопасности, физико-химических методов анализа (титриметрия, хроматография), энергетических и кинетических закономерностей протекания основных типов химических процессов, строения и свойств основных классов органических веществ, полученные на химии, оказываются немедленно востребованными.

Изучение любого раздела биохимии основывается на физико-химической сущности процессов, происходящих в живом организме на молекулярном уровне. В основе всех процессов жизнедеятельности человека лежат равновесные протолитические, гетерогенные, лигандообменные, или окислительно-восстановительные реакции с участием биогенных элементов и их соединений. Механизм действия буферных систем организма, их взаимосвязь и роль в поддержании кислотно-основного состояния организма изучаются не только на биохимии, но также на физиологии и предполагают знание об элек-

тролитах, диссоциации кислот и оснований, гидролизе солей, pH , буферных растворах. При изучении биохимии водно-минерального обмена, биохимии мочи и крови требуются знания об электролитном балансе организма человека, о свойствах воды и водных растворов; о коллигативных свойствах растворов (диффузия, осмос, осмолярность, осмоляльность); о способах выражения концентрации веществ в растворах.

Успешным студентам знание основ химии помогает быстро и более качественно изучить метаболические пути превращения аминокислот, пептидов, белков, пуриновых и пиримидиновых оснований, нуклеиновых кислот, липидов, углеводов в организме человека, так как известно, что химическое строение вещества обуславливает его свойства, а свойства вещества определяют его биологические функции.

Выявлено, что средний рейтинговый балл по биохимии у студентов стоматологического факультета составил 3,22, а средний балл на экзамене – 3,70. На педиатрическом факультете средний рейтинговый балл составил от 2,90 («слабая» группа) до 3,22 («сильная» группа), а средний балл на экзамене от 3,41 («слабая» группа) до 3,77 («сильная» группа). Более высокие баллы на экзамене доказывают, что такая форма контроля зна-

ний стимулирует студента на получение хорошей оценки, а подготовка к экзамену помогает лучше понять и структурировать материал. Выявлена сильная положительная корреляционная связь между средними баллами по биохимии и химии: $r=0,70$ ($p<0,01$) стоматологов и $r=0,83$ ($p<0,01$), $r=0,81$ ($p<0,01$) соответственно в «сильной» и «слабой» группах педиатров.

Таким образом, выявлена прямая зависимость показателей успеваемости студентов по биохимии с аналогичными показателями по химии. Это доказывает, что принцип преемственности является одним из главных механизмов формирования общепрофессиональных компетенций.

Список литературы:

1. **Галиахметова, Н.П.** Принцип преемственности как условие систематичности и последовательности обучения / Н.П. Галиахметова // Оптимизация медицинского образования: качество и инновации: материалы конференции, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Ижевск, 2005. – С. 22–25.
2. **Трофимова, С.Р.** Нужна ли химия для успешного изучения биохимии в медицинском вузе? / С.Р. Трофимова, О.В. Данилова, Н.В. Савинова // Реализация новых образовательных стандартов и требований в медицинском вузе: материалы межвузовской республиканской конференции. – 15 октября 2013 года. – Ижевск, 2013. – С. 190–194.
3. **Эрлих, Г.В.** Какая химия должна изучаться в современной школе? / Г.В. Эрлих // Российский химический журнал. – 2011. – Т. 55, № 4. – С. 28–36.

УДК 378.661:371.315:372.8:616.31

Т. Л. Редина

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

МЕЖПРЕДМЕТНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ИММУНОЛОГИИ

Редина Татьяна Львовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 420011, г Ижевск, ул. Холмогорова, 20-54, тел.8 (3412)42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru

Изучена эффективность межкафедрального преподавания вопросов иммунологии, доказано, что при интегрированном подходе у студентов формируется понимание важности изучения данного предмета для своей будущей практической деятельности.

Ключевые слова: обучение; интеграция

T. L. Redinova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Restorative Dentistry

INTERDISCIPLINARY INTEGRATION TEACHING IMMUNOLOGY

Redinova Tatyana Lvovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 420011, Izhevsk, 20-54 Kholmogorova st., tel. 8 (3412)42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru

The efficiency of interdisciplinary teaching of immunology issues has been studied. It has been proved that in the integrated approach students gain understanding of the importance of studying this subject for their future practice.

Key words: study; integration

В настоящее время необходима диверсификация всех ступеней и звеньев системы обучения, и на первом плане стоит задача кардинального улучшения качества подготовки специалистов [1, 2, 3].

Вместе с тем, при изучении фундаментальных дисциплин естественно-научного блока студенты стоматологического факультета зачастую считают, что эти знания им в практической

5) Вы сможете объяснить свои действия при неотложных состояниях на фоне аллергических реакций?

Такая же тенденция отмечена при анализе ответов по остальным вопросам (см. табл.).

[illegible]

Из таблицы видно, что, если среднестатистические значения ответов в балльной системе при первом и втором опросах не имели существенных различий, то числа студентов, которые утвердительно отвечали на вопросы, при повторном опросе существенно возросло. Так, на вопрос «Вам необходимо знать иммунологию для понимания развития стоматологических заболеваний?» первоначально утвердительно ответило 50 человек (83,3 %), а при повторном опросе – 57 (95,0 %, $t=2,08$, $p\leq 0,05$). На вопрос «Вам пригодятся в практической деятельности знания по иммунологии стоматологических заболеваний?» ответило, соответственно: 48 (80,0 %) и 57 (95,0 %) человек ($t=2,50$, $p\leq 0,05$); на вопрос «Вы знаете патогенез аллергических заболеваний?» – 25 (41,6 %) и 40 (66,6 %) человек ($t=2,80$, $p\leq 0,01$); на вопрос «Вы сможете объяснить свои действия при неотложных состояниях на фоне аллергических реакций?» – 15 (25,0 %) и 37 (61,6 %) респондентов ($t=4,06$, $p\leq 0,001$); на вопрос «Вам помогают знания по клинической иммунологии разобраться в патогенезе стоматологических заболеваний?» – 31 (51,6 %) и 50 (83,3 %) опрошенных ($t=3,96$, $p\leq 0,001$); на вопрос «Меняется ли Ваше мнение о своих знаниях по иммунологии после прослушивания лекций по клинической иммунологии?» – 34 (56,6 %) и 52 (86,6 %) студента ($t=3,75$, $p\leq 0,001$); на вопрос «Углубляются ли Ваши знания по иммунологии

после разбора вопросов по клинической иммунологии?» – 38 (63,3 %) и 53 (88,3 %) человека ($t=3,20$, $p\leq 0,01$); на вопрос «Вы сможете применить знания по клинической иммунологии в своей практической деятельности?» – 26 (43,3 %) и 46 (76,6 %) респондентов ($t=3,74$, $p\leq 0,001$) и на вопрос: «Нужны ли Вам знания по клинической иммунологии в Вашей практической деятельности?», соответственно: 51 (85,0 %) и 55 (98,3 %) опрошенных ($t=2,66$, $p\leq 0,05$).

Вывод. Таким образом, обнаружено, что интегрированный подход в преподавании межпредметных дисциплин повышает мотивацию студентов к изучению фундаментальных наук и формирует комплаентность к обучению на клинических кафедрах, так как появляется понимание необходимости полученных знаний на теоретических кафедрах для их применения в своей практической деятельности при разборе клинических вопросов по иммунологии на профильном предмете.

Список литературы:

1. Развлекательное образование: монография / Н. К. Алимова [и др.]. – Киров: ПРИП ФГБОУ ВПО «ВятГУ», 2013. – 247 с.
2. Звонников, В. И. Качество образования, или кое-что новое о старой проблеме / В. И. Звонников // Качество образования. – 2009. – № 6. – С. 9–12.
3. Кирсанов, В. Н. Качество образования: приглашение к размышлению: монография / В. Н. Кирсанов, Н. К. Алимова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2011. – 195 с.

УДК 378.661:37.047

Т. Г. Глушкова, Г. В. Шумихина, И. В. Титова, А. Ю. Осетрова, Ю. Б. Корепанова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ НА ДОВУЗОВСКОМ И ВУЗОВСКОМ ЭТАПАХ

Глушкова Татьяна Геннадьевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-94 (1567), e-mail: fdo@igma.udm.ru; Шумихина Галина Васильевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Титова Ирина Васильевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; Осетрова Анастасия Юрьевна – ассистент кафедры; Корепанова Юлия Борисовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

В статье представлены промежуточные результаты деятельности академии в области профориентации в соответствии с концепцией профориентационной работы медицинских и фармацевтических вузов РФ на 2013-2020 гг.

Ключевые слова: профориентация; абитуриент; успешность студента.

T. G. Glushkova, G. V. Shumikhina, I. V. Titova, A.Yu. Osetrova, Yu. B. Korepanova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Histology, Cytology and Embryology

EXPERIENCE AND RESULTS OF CAREER GUIDANCE AT PRE-UNIVERSITY AND UNIVERSITY STAGES

Glushkova Tatiana Gennadyevna — Associate Professor Candidate of Biological Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 91-82-94 (1567), e-mail: fdo@igma.udm.ru; Shumikhina Galina Vasilyevna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Titova Irina Vasilyevna — Associate Professor Candidate of Biological Sciences; Osetrova Anastasia Yuryevna — Lecturer; Korepanova Yulia Borisovna — Lecturer Candidate of Medical Sciences

The article presents the interim results of the Academy's activities in the field of career guidance in accordance with the concept of career guidance in medical and pharmaceutical universities of the Russian Federation for the years 2013-2020.

Key words: career guidance; applicant; the success of the student

Совершенствование системы подготовки специалистов остается приоритетным направлением Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ. Актуальность развития этого направления обусловлена потребностью общества в подготовке высококвалифицированных специалистов. Одним из вариантов улучшения подготовки, распределения и сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения ряд авторов считают организацию системы профессиональной ориентации и профессионального отбора молодежи, поступающей в медицинские вузы [1], которые с наибольшей вероятностью смогут успешно освоить медицинскую профессию и без ущерба для своего здоровья работать в отрасли на протяжении длительного времени [2].

Профессиональная ориентация — это система научно обоснованных мероприятий, направленных на подготовку молодежи к выбору профессии с учётом особенностей личности и социально-экономической ситуации на рынке труда, на оказание помощи молодежи в профессиональном самоопределении и трудоустройстве. В соответствии с Концепцией профориентационной работы медицинских и фармацевтических вузов РФ на 2013–2020 гг. в Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) реализуется формирование качественного контингента обучающихся для подготовки квалифицированных медицинских кадров с учетом потребностей региона, оказание помощи молодежи в профессиональном самоопределении (довузовский этап), становлении (вузовский этап), социальной и психологической адаптации, дальнейшей трудовой деятельности (послевузовский этап).

В ИГМА создан Центр довузовского и дополнительного образования, цель которого — подготовка «своего» абитуриента, профессионально ориентированного и подготовленного по медико-биологическим предметам.

Центр работает совместно с фундаментальными кафедрами и другими подразделениями академии (кафедра биологии с экологией, кафедра биохимии, кафедра анатомии человека, кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, кафедра нормальной физиологии, центр практических умений и др.) В рамках профориентационной работы с гражданами совместно решаются следующие задачи:

- повышение объема и качества профессионально-ориентированных знаний абитуриента — выпускника школы и подготовка к сдаче выпускных экзаменов и вступительных в вуз;
- формирование у молодежи устойчивой мотивации к профессии врача;
- обеспечение преемственности в деятельности Центра и приемной комиссии академии;
- учебно-методическое и информационное обеспечение довузовской подготовки.

Поставленные задачи реализуются по следующим направлениям деятельности:

- профильная подготовка учащихся в медицинских классах;
- проведение подготовительных курсов;
- организация мероприятий профориентационной тематики;
- информационно-просветительская работа.

Одним из критериев эффективности профориентационной работы на довузовском этапе является успешность студентов, которые будучи абитуриентами прошли обучение на подготовительных курсах и поступили в вуз.

Цель исследования: оценка предварительных результатов профориентационной деятельности, проводимой сотрудниками ИГМА за 2013–2016 учебные годы в соответствии с Концепцией профориентационной работы медицинских и фармацевтических вузов РФ на 2013–2020 гг.

Материалы и методы исследования. Использовались данные Центра довузовского и до-

полнительного образования о количестве обучившихся на подготовительных курсах, списки зачисленных на первый курс, предоставленные приемной комиссией и сведения деканата лечебного факультета об отчисленных студентах. Проводился подсчет средних и относительных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. ГБОУ ВПО ИГМА имеет богатый опыт довузовской подготовки (более 20 лет). Наиболее эффективной формой профориентационной деятельности является сотрудничество с профильными классами школ. Совместная с коллективом школьных педагогов системная и последовательная работа в подготовке будущих абитуриентов дает наиболее эффективные результаты в профессиональной ориентации школьников. За период с 2013/14 по 2015/2016 учебные годы сотрудники ИГМА приняли участие в подготовке 364 учеников профильных химико-биологических и медицинских классов. Из них 97,8% поступили в вузы соответствующего профиля (13% из поступивших – зачислены на первый курс в указанные сроки в ГБОУ ВПО ИГМА). Данный контингент поступивших демонстрируют в последующем при обучении в ИГМА высокий уровень знаний и умений на фундаментальных дисциплинах, стойкую мотивацию, целеустремленность и работоспособность. За проанализированный период отсутствуют прецеденты отчисления по какой-либо причине (академическая задолженность, состояние здоровья, по собственному желанию и др.) студентов данной группы.

Другую группу слушателей составляют граждане, посещающие подготовительные курсы в сборных группах, и, как правило, не являющиеся учениками профилированных классов и учебных заведений. И если при работе в профильных классах преподаватели ИГМА больший упор делают на увеличение объема профессионально-ориентированных знаний (разработка и преподавание спецкурсов), приближенное знакомство с будущей профессией (встречи со студентами, ординаторами, врачами), то при работе на подготовительных курсах значительная часть времени уходит на формирование мотивации и работоспособности. Значительная часть слушателей подготовительных курсов отчисляется в течение обучения в силу физической (большой объем информации, необходимость совмещать школьные занятия с довузовскими) и психологической (понимание большой ответственности и высоких требований к физическим, морально-этическим, психологическим качествам в будущей профессии) сложности обучения. Оставшийся контингент демонстрирует хорошие результаты: процент поступаемости (47% от числа обучившихся на подготовительных курсах) и сохранности в вузе в качестве студентов (94% от числа поступивших в ИГМА и предварительно обучившихся на подготовительных курсах), достаточный уровень знаний и адаптации к обучению, мотивацию. Результаты успешности студентов 1–3 курсов, прошедших довузовскую подготовку в преддверии поступления за 2013/16 учебные годы представлены в таблице.

Таблица. Результаты успешности студентов, прошедших довузовскую подготовку (профориентацию) на 1–3 курсах обучения в ГБОУ ВПО ИГМА

Учебный год	Обучились на подготовительных курсах в предыдущий учебный год	Поступили в вузы биомедицинского профиля		Поступили в ИГМА			Отчислены с 1–3 курсов ИГМА		
		Абс.	%	Всего зачисленных на 1-й курс	Прошедшие подготовительные курсы		всего	Прошедшие подготовительные курсы	
					Абс.	%		Абс.	От числа отчисленных (%)
2013/14	146	60	41	305	50	16	127	7	5,5
2014/15	169	73	43	285	65	22	91	7	7,7
2015/16	158	89	56	360	54	15	59	3	5
Итого за 3 учебных года	473	222	47	950	169	18	277	17	6

Вывод. Профессиональный отбор будущих медицинских работников несовершенен. Правила приема в медицинские вузы имеют высокую вероятность попадания в медицину случайных людей, у которых нет профессионально значимых для медицинского работника личностных свойств – чувства долга, доброты, сострадания и милосердия к людям. Деятельность преподавателей вуза в преемственности и непрерывности профессионального медицинского образования по принципу: «школа-вуз», «колледж-вуз» обеспечивает не только освоение компетенций, но и формирует навыки, позволяющие студенту

успешно адаптироваться к особенностям обучения в вузе. Как показывает исследование, выпускники специализированных медицинских классов дают наиболее высокий процент поступлений в вуз (до 98 %) и хороший уровень подготовки, устойчивую психофизиологическую адаптацию.

Список литературы:

1. **Здоровцов, Г.И.** Формирование общественно необходимой профессионально-квалификационной структуры кадров медицинских работников / Г.И. Здоровцов // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 7. – С. 22–29.
2. **William, G.** What is the future of problem based learning in medical education? / G. William // Adv. Physiol. Educ. – 1998. – Vol. 20. – N1. – P. 12–15.

УДК: 378.661: 378.146:004.91

Н. М. Попова, Н. Г. Сабитова, Д. А. Толмачев

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

ДВУХГОДИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «МАГЕЛЛАН» НА КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: (3412) 91-82-93; e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Сабитова Наиля Гасимовна** – старший преподаватель кандидат педагогических наук; **Толмачев Денис Анатольевич** – доцент кафедры кандидат медицинских наук.

В статье представлен опыт внедрения в вузе системы управления учебным процессом «Магеллан», рассмотрены вопросы создания автоматизированного рабочего места преподавателя на основе модулей системы.

Ключевые слова: автоматизированное рабочее место преподавателя; автоматизированная информационная система «Магеллан»

N. M. Popova, N. G. Sabitova, D. A. Tolmachev

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

TWO-YEAR EXPERIENCE OF IMPLEMENTING INFORMATION SYSTEM «MAGELLAN» AT THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE

Popova Natalia Mitrofanovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Sabitova Nailya Gasimovna** – Senior Lecturer Candidate of Pedagogical Sciences; **Tolmachev Denis Anatolyevich** – Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The article describes the experience of implementing the «Magellan» system of educational process management in the university. The issues of creating teacher's workstation on the basis of the system modules are discussed.

Key words: teacher's workstation; automated information system «Magellan»

В течение двух учебных годов (2014/2015 и 2015/2016) Ижевская государственная медицинская академия (ИГМА) Минздрава России участвует на кафедре общественного здоровья и здравоохранения в пилотном проекте по управлению образовательной деятельностью.

Цель исследования: апробация и реализация системы управления учебным процессом СУУП «Магеллан».

Материал и методы исследования. СУУП «Магеллан» – программная платформа для уп-

равления учебным процессом в образовательной организации. Она спроектирована как конструктор – набор необходимых функций объединен в разные модули, назначение которых связано с работой подразделений вуза. Это программные модули: «Приемная комиссия»; «Отдел кадров»; «Деканат»; «Электронный журнал успеваемости»; «Кафедра»; «Тематические планы по дисциплине» и др. [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Для формирования автоматизированного

рабочего места (АРМ) преподавателя необходимо было, прежде всего, исследовать и проанализировать составляющие компоненты преподавательской деятельности с точки зрения возможности ее автоматизации, а затем в соответствии с этими компонентами сформировать автоматизированное рабочее место на основе блоков системы «Магеллан» [1]. АРМ преподавателя предполагает разработку документов: рабочее окно преподавателя «Разделы личного кабинета» (рис. 1). Преподаватель осуществляет заполнение журнала успеваемости студентов в электронном виде (рис. 2). Дистанционно редактирует журнал успеваемости через Интернет; загружает тематические планы по дисциплинам, регламентированные Федеральным государственным стандартом высшего профессионального образования в единую консо-

лидированную базу данных с возможностью быстрого согласования этих планов в установленной форме [4] и заполняет индивидуальный план работы.

Формирует отчет в электронном виде по фактически выполненной учебной нагрузке, по итогам учета учебных занятий обучающихся и др. (рис. 4).

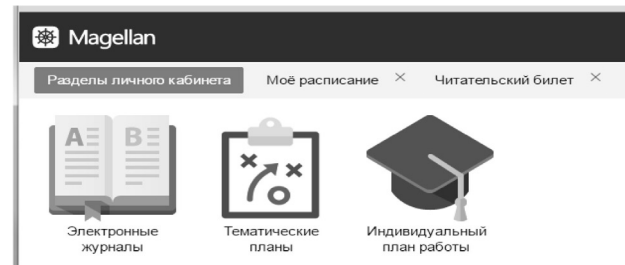


Рис. 1. Рабочее окно преподавателя «Разделы личного кабинета»

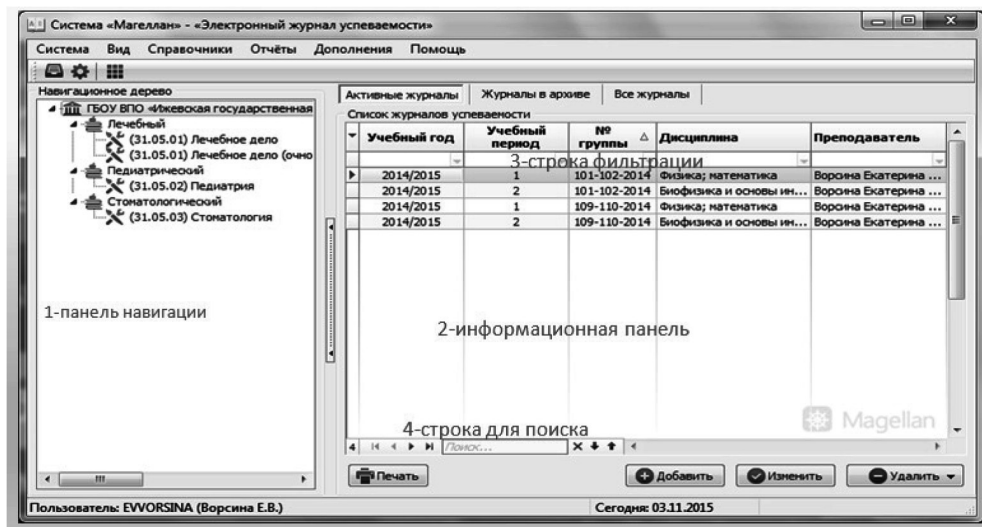


Рис. 2. Окно «Электронный журнал успеваемости» [2]

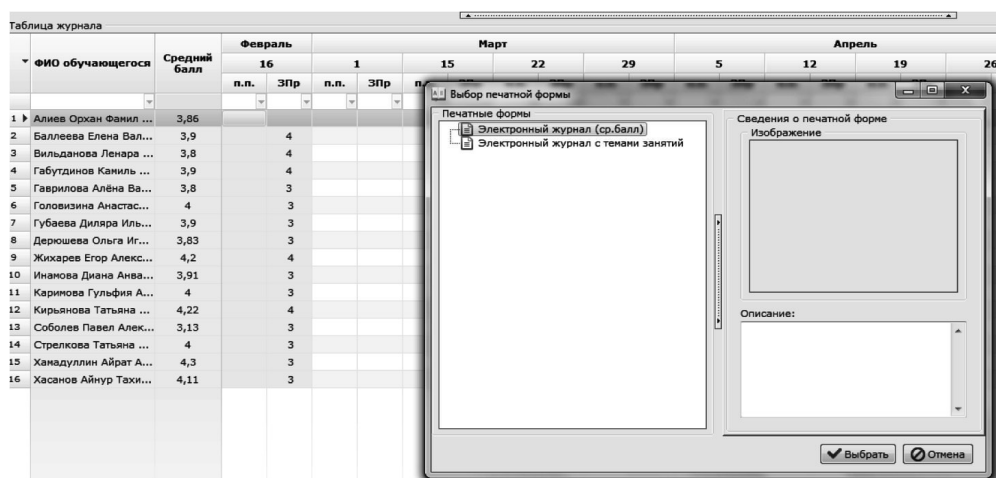


Рис. 3. Диалоговое окно для распечатки журнала успеваемости студентов

ЖУРНАЛ
учёта учебных занятий на 2015/2016 учебный год
обучающихся 121 учебной группы. Лечебного факультета

Учебная дисциплина (модуль): Медицинская информатика

Фамилия, имя, отчество	Сред. балл	февраль 2016					март 2016					апрель 2016					май 2016					июнь 2016	
		16	01	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	31	07							
Алиев	3,85									3	3	4	4	5	4								4
Балоева	3,9	4			4	4	4				4	4	3	4	4								4
Вильданова	3,8	4			3	5	4			3	4		3	4	4								4
Габутдинов	3,9	4			4	4	общ. 3	4	4	4		4	3	4	5	4							4
Гаврилова	3,8	3			5	4	4			3	4		3	4	4								4

Рис. 4. Журнал учета учебных занятий

Вывод. Использование системы «Магеллан» позволило повысить эффективность учебного процесса работы преподавателей по следующим направлениям: получение информации об успе-

ваемости и посещаемости студентов; расчет рейтинга студентов; своевременное предоставление отчетной информации – аттестационной и экзаменационной ведомостей.

Список литературы:

1. Опыт внедрения информационной системы «Магеллан» в управление учебным процессом / Н. М. Попова [и др.] // Информатика и образование. – 2016. – № 2 (271). – С. 65–67.
2. Презентация «Работа в системе «Магеллан». Электронный журнал // Ижевская государственная медицинская академия. – Режим доступа: <http://www.igma.ru/sotrudniku/elektronnyj-zhurnal>
3. Система управления учебным процессом «Магеллан» – автоматизация учебным процессом вуза. – Режим доступа: <http://magellanius.ru/journal/>
4. Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования. – Режим доступа: <http://fgosvo.ru/fgosvo/92/91/4>

УДК 614.2:617.5 (092)

С. Н. Стяжкина, В. В. Проничев, М. Н. Климентов, А. А. Акимов

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
 Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

ОПЫТ УЧАСТИЯ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ОЛИМПИАДАХ ПО ХИМИИ

Стяжкина Светлана Николаевна – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57, тел. 8 (3412) 46-23-95, e-mail: 1rkb@udmnet.ru; Проничев Вячеслав Викторович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Климентов Михаил Николаевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Акимов Антон Александрович – лаборант кафедры

Проведение олимпиады по хирургии даёт возможность молодым специалистам получить современные знания, познакомиться с современными хирургическими технологиями что, несомненно, положительно скажется на обучении будущих хирургов.

Ключевые слова: олимпиада по хирургии; молодые специалисты; будущее поколение

S. N. Styazhkina, V. V. Pronichev, M. N. Klimentov, A. A. Akimov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
 Department of faculty surgery with an urology course

EXPERIENCE OF STUDENTS OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY IN OLYMPIADS IN CHEMISTRY

Styazhkina Svetlana Nikolaevna – Professor of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Izhevsk, Votkinskoye Highway St., 57, tel. 8 (3412) 46-23-95, e-mail of 1rkb@udmnet.ru; Pronichev Vyacheslav Viktorovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Klimentov Mikhail Nikolaevich – Associate Professor Candidate of Medical Sciences; Akimov Anton Aleksandrovich – Laboratory Assistant of Department

The competition for the surgery makes it possible - to prove young professionals that meet all modern knowledge and technology, which will undoubtedly impact positively on the education of young professionals.

Key words: competition of surgery; young professionals; future generation

Основной целью олимпиады является выявление и развитие у студентов творческих способностей и интереса к практической хирургической и научно-исследовательской деятельности, создание необходимых условий для поддержки одарённой молодёжи, распространения и популяризации научных знаний и инновационных технологий среди молодёжи в области хирургии и медицины в целом.

На кафедре факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии осуществляет свою деятельность студенческий научный

кружок лечебного и педиатрического факультетов, в котором насчитывается более 90 студентов дневного и вечернего форм обучений. Осуществляются публикации по актуальным темам (абдоминальная хирургия: язвенный колит, болезнь Крона, панкреонекроз; хирургическая эндокринология; вопросы деонтологии; истории хирургических школ) в научных отечественных медицинских журналах. Так же СНО хирургии Ижевской государственной медицинской академии занимается деонтологическим и патриотическим вос-

питанием студентов. Кружковцы (при активном участии студентки Анны Бушуевой) занимались восстановлением памятников ветеранов Великой Отечественной войны: доцента кафедры факультетской хирургии А. М. Артемьева и его супруги, доцента кафедры дерматовенерологии Е. Т. Артемьевой, имеющих многие ордена и медали различного наименования и достоинства.

В рамках СНО на кафедре проводится подготовка к олимпиадам по хирургии.

Принимая участие в жизни научного общества, студенты получают новые знания о хирургии, последних достижениях медицины, новые навыки, практические и теоретические знания. Многие студенты, состоящие в научном кружке по хирургии, принимали участие в межвузовских и всероссийских мероприятиях, посвящённых развитию хирургии. Полученные умения и знания они с успехом применили в региональном этапе олимпиады по хирургии в Уральском федеральном округе. В 2013 году в Уральской государственной медицинской академии студенты из городов Ижевска, Тюмени, Челябинска, Астаны, Белгорода и Екатеринбурга приняли участие в конкурсе. В УГМА, на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии состоялся региональный этап XXII Московской Всероссийской студенческой олимпиады по хирургии (г. Москва). Команды УГМА, ЧелГМА, ТюмГМА, Белгородской ГМА, Ижевской ГМА и АО «МУ Астана» соревновались в мастерстве по следующим направлениям: эндоскопия, сосудистый, кишечный шов, шов сухожилия нерва и кожи, урологический конкурс, а также командный зачёт. Результаты ИГМА – 2-е и 3-е места. В дальнейшем студенты, принявшие участие в региональном этапе МВСО, продолжили свое практическое и теоретическое обучение. Так же

пришли новые студенты, вдохновлённые результатами своих сокурсников и интересующиеся этой дисциплиной. В 2014 году студенты ИГМА приняли участие в XXIII Всероссийской студенческой олимпиаде по хирургии, которая проходила в городе Кирове. На данном этапе приняли участие студенты из 10 высших медицинских учреждений. Прделанная за год работа позволила усовершенствовать хирургические навыки. Студенты ИГМА заняли 1-е, 2-е, 3-е места.

Необходима организация олимпиады по хирургии в Удмуртской Республике для студентов 3–6 курсов с целью выявления учащихся с высоким потенциалом, для их дальнейшего обучения хирургии. В 2014 году был проведён региональный этап МВСО по хирургии в городе Уфе. На олимпиаде успешно приняли участие студенты ИГМА.

В 2016 году организован региональный этап олимпиады по хирургии на базе кафедр оперативной и факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии в г. Ижевске. Команда из Удмуртии заняла почётное 1-е место, 2-е место заняла команда из г. Саратова, 3-е место получила команда из г. Саранска.

В финале олимпиады в г. Москва отличились студенты ИГМА, занявшие 3 места в конкурсах.

В 2017 году планируется проведение VII Олимпиады по хирургии в г. Саранске, команда студентов ИГМА начала интенсивно готовиться.

Проведение олимпиады и дальнейшая работа с ее участниками – освоение студентами компетенций, отвечающих современным знаниям и технологиям, несомненно, скажется положительно на обучении студентов.

Список литературы:

1. Хирургия – мечта, жизнь, судьба или как мы стали хирургами / под редакцией профессора С. Н. Стяжкиной. – Ижевск, 2016. – 70 с.

УДК 378.661:378.14:611.018

Г. В. Шумихина, А. Ю. Осетрова, И. В. Титова, Т. Г. Глушкова, Ю. Б. Корепанова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ НА КАФЕДРЕ ГИСТОЛОГИИ, ЭМБРИОЛОГИИ И ЦИТОЛОГИИ

Шумихина Галина Васильевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412)91-82-94, e-mail: histolog@igma.udm.ru; Осетрова Анастасия Юрьевна – ассистент кафедры; Титова Ирина Васильевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; Глушкова Татьяна Геннадьевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; Корепанова Юлия Борисовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

В статье рассматриваются основные причины снижения успеваемости студентов, выявленные методом анкетирования, и способы решения этой проблемы кафедрой гистологии, эмбриологии и цитологии в соответствии с образовательным стандартом.

Ключевые слова: успеваемость студентов; образовательные стандарты

G. V. Shumikhina, A.Yu. Osetrova, I. V. Titova, T. G. Glushkova, Yu. B. Korepanova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Histology, Cytology and Embryology

TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL AT THE DEPARTMENT OF HISTOLOGY, EMBRYOLOGY AND CYTOLOGY

Shumikhina Galina Vasilyevna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 91-82-94, e-mail: histolog@igma.udm.ru; **Osetrova Anastasia Yuryevna** – Lecturer; **Titova Irina Vasilevna** – Associate Professor Candidate of Biological Sciences; **Glushkova Tatiana Gennadyevna** – Associate Professor Candidate of Biological Sciences; **Korepanova Yulia Borisovna** – Lecturer Candidate of Medical Sciences

The article discusses the main causes of students' low achievement identified on the basis of a questionnaire, as well as the ways to solve this problem at the Department of Histology, Cytology and Embryology in accordance with the educational standards.

Key words: students' academic achievement; educational standards

Подготовка медицинских кадров – это сложный и длительный процесс, который включает в себя освоение студентами медицинских знаний, умений и практических навыков, формирование у них особого врачебного мышления, которое позволяет на основе совокупности клинических признаков сформулировать диагноз и назначить необходимую схему лечения. Исходя из этого, учебный процесс имеет две основные составляющие: получение базовых медицинских знаний на теоретических кафедрах, использование и дополнение их на клинических кафедрах.

Цель исследования: выявить причины низкой успеваемости студентов.

В последние годы преподаватели теоретических кафедр сталкиваются с проблемой низкой успеваемости студентов.

Материал и методы исследования. Разработана анкета, состоящая из следующих вопросов: мотивация поступления в вуз; добровольно ли была выбрана профессия врача, есть ли в семье врачи, какими качествами должен обладать врач; какие трудности испытывают студенты во время обучения; умеют ли они правильно распределять свое свободное время, для того чтобы обработать и усвоить достаточно большой объем информации.

Анкетирование было добровольное и, при желании самого студента, анонимное. В анкетировании приняли участие 87% всех студентов первого курса лечебного и педиатрического факультета. Около 30% студентов предпочли остаться анонимными.

Результаты исследования и их обсуждение. При обработке результатов выявились следующие данные: 99% процентов обучающихся поступили в ИГМА добровольно, по собственному желанию, причем мотивация для поступления очень разнообразна. Одни хотят стать врачами, чтобы помо-

гать людям, другие – потому, что эта профессия требует постоянного саморазвития и стремления к совершенству в определенной более узкой специализации, третьи – наоборот, считают врачей наиболее всесторонне развитыми людьми, четвертым просто нравятся такие предметы, как биология и химия. Есть студенты, которые мечтают стать врачами для того, чтобы попробовать найти способы лечения заболеваний, которые на сегодняшний день еще не разработаны. Очень сильная мотивация к учебе у тех студентов, у которых есть близкие или дальние родственники с различными проблемами со здоровьем. Такие студенты надеются, получив медицинское образование, помочь им. Они отличаются особым упорством и тягой к знаниям, несмотря на то, что некоторым они даются крайне сложно.

Ряд студентов поступили в вуз по принуждению родителей. Таких студентов, по данным анкетирования, три человека, и они не скрывают малую заинтересованность к учебному процессу.

Медицинские работники в семье или среди родственников обычно сильно мотивируют на успешную учебную деятельность. Студенты из таких семей чаще всего уже представляют все трудности как работы врача, так и самого учебного процесса.

Следующий немаловажный критерий успешности – это уровень базовых знаний, которые студент получает в процессе обучения в школе. На вопрос, что дала вам школа, достаточный ли уровень знаний для учебы в вузе, студенты также отвечали неоднозначно. Большинство студентов отметили, что учеба в школе позволила получить необходимые знания для поступления в ИГМА, но для успешной учебы их крайне не хватает, и приходится порой не просто дополнять уже имеющиеся знания, но и полностью их обновлять. Другие жаловались на проводимые

школьные тестирования, которые были необходимы для подготовки к ЕГЭ, но не подходят для усвоения большого учебного материала в вузе. Примерно 29 % опрошиваемых довольны своим уровнем знаний, и считают что многие предметы, особенно связанные с гуманитарными науками, они легко могут освоить.

Помимо уровня мотивации и степени подготовленности студента, есть множество других факторов, влияющих на его успешность и успеваемость в вузе. К ним можно отнести личностные качества студента, его воспитание, характер, темперамент, организованность, скорость адаптации к студенческой жизни, взаимоотношения внутри группы, отношения с родителями, условия жизни, отдаленность от дома и др. Из года в год, с каждым новым набором студентов соотношение этих факторов среди учащихся одного курса или факультета меняется.

На кафедре гистологии, эмбриологии и цитологии опираются на самые значимые и очевидные из них. Преподаватели, начиная с самого первого занятия, помимо базовых знаний по гистологии в соответствии с ФГОС ВО (теоретическая часть занятия, демонстрационная, самостоятельная лабораторная работа), вовлекают студентов в активный учебный процесс: приводят примеры применения полученных знаний на практике, решают со студентами различные ситуационные задачи, моделируют ситуации, в которых студент уже может оказаться в роли врача. На кафедре разрабатываются новые способы контроля знаний студентов. Студент имеет право выбрать наиболее удобный и привычный для него способ сдачи теоретической части рубежного контроля: устный ответ или компьютерное тестирование. Тестовые задания ежегодно корректируются, также они составлены и для лабораторной части итоговых занятий. Вовлечение студентов в науч-

ную деятельность уже с первого курса (участие в научных конференциях разного уровня, традиционной ежегодной олимпиаде ЦИТО), введение различных поощрений за научно-творческие разработки (изготовление гистологических моделей, составление самими студентами кроссвордов, ситуационных задач, мультимедийных презентаций по интересующим проблемам), усиливает их интерес к учебному процессу.

Кафедра проводит большую работу по составлению учебно-методических пособий для лучшего овладения предметом («Структурно-функциональная организация клетки», «Общая гистология», «Частная гистология»). Для преподаваемой на кафедре вариативной части студентам педиатрического факультета подготовлено учебное пособие «Возрастная гистология», а для вариативной части студентов лечебного факультета разработано и издано учебное пособие «Геронтологические особенности органов и систем», подготовлен учебник по гистологии.

Таким образом, активная работа преподаватель-студент способствует повышению качества преподавания, которое проходит в рамках образовательного стандарта, мотивации к обучению, повышению успеваемости студентов.

Список литературы:

1. Анализ готовности абитуриентов к учебе в медицинском вузе / О.Г. Комкова [и др.] // Профессиональное и личностное развитие в медицинских вузах. – 2010. – С. 128–130.
2. Брюхин, Г.В. Методические основы самостоятельной работы студентов как формы обеспечения профильности преподавания гистологии, цитологии и эмбриологии / Г.В. Брюхин, Г.И. Михайлова, С.В. Барышева // Новые технологии в преподавании фундаментальных и клинических дисциплин в медицинском вузе: материалы Всероссийской учеб.-метод. конференции, посвященной 60-летию ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия МЗ РФ». – Челябинск, 2004. – С. 8–10.

УДК 614.253

С. Б. Пономарев, Н. М. Попова

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

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

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

Статья посвящена разработке авторской методики преподавания предмета «медицинская информатика» в медицинском вузе.

Ключевые слова: медицинская информатика; образование; медицинский вуз

S. B. Ponomarev, N. M. Popova

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

DEVELOPING A TECHNIQUE OF TEACHING MEDICAL INFORMATICS

AT THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE OF THE MEDICAL ACADEMY

Ponomarev Sergey Borisovich – Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412)91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Popova Natalia Mitrofanovna** – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article is devoted to the development of the author's technique of teaching medical informatics in medical school.

Key words: medical informatics; education; medical school

В настоящее время в образовательный процесс высшей школы активно внедряются новые формы и методы обучения студентов. При этом главными задачами являются использование методов обучения в интерактивном режиме; приближение учебного процесса к практике.

Основная цель современной образовательной системы – это побуждение интереса студентов к изучаемому предмету, ориентировка на самообразование, развитие научного мышления. Как будущий врач студент медицинского вуза должен понимать, что получив профессиональные навыки и освоив азы врачебной профессии, он сможет и должен применить их в практической деятельности. Решение этой задачи возможно благодаря современным инновационным методам и технологиям в преподавании, создающим условия для формирования и закрепления профессиональных знаний, умений и навыков у студентов, способствующих развитию профессиональных качеств будущего специалиста [3].

В основу разработанной авторами методики преподавания медицинской информатики легли принципы системности в изложении материала, ориентация на практическое применение в будущей профессии полученных на занятиях медицинской информатики знаний, интегральное использование комплекса современных педагогических технологий в преподавании. Это, в частности, информационно-коммуникационная технология, технология развития критического мышления, учебно-мозговой штурм, интеллектуальная разминка, метод контрольных вопросов, «взаимоопрос», «перекрёстная дискуссия», проектная технология (кейс-технология), групповая технология сотрудничества.

В разработанной методике применялись средства мультимедиа, работа с Интернет, работа в едином информационном пространстве, формирование баз данных, математическое моделирование в стандартных статистических пакетах. При обучении использовались стандартные приложения *MS Office*.

На первом занятии студенты «разбиваются» на группы, каждая из которых создает собственную папку, в которой в дальнейшем будет происходить работа. Изначально студентам предлагается изучить данные выписок из историй болезни и по ним сформировать базу данных. Каждое занятие предваряется показом презентации, в которой раскрываются основные теоретические моменты, касающиеся текущего практического занятия. В частности, перед построением базы данных рассказывается о системном подходе к решению поставленной задачи, принципе «сущность-связь», существующих СУБД, методах преобразования информации. Для более полного понимания задачи студенты изначально создают «идеальную» модель системы в виде графической схемы, а также определяют виды переменных, которые будут использоваться при структуризации медицинской информации, задают правила формализации данных. Заключительный этап – создание и заполнение индивидуальной базы данных, с которой в дальнейшем будет работать каждая группа.

Следующим этапом является самостоятельное извлечение новой полезной информации из созданной базы данных. В частности, студенты учатся определять соответствие распределения отдельных параметров, характеризующих клиническую картину, нормальному распределению Гаусса-Лапласа, выявляют бимодальные распределения, визуализируют полученные данные. В конце каждого занятия студенты пишут краткий вывод по сделанной работе, а в начале следующего – проводят взаимопрос по сделанной работе и выставляют друг другу оценки. В результате обучение становится интересным и увлекательным процессом, способствующим личностному и профессиональному росту человека, а не формальной процедурой.

Дальнейшее обучение включает освоение методов корреляционного, дисперсионного и регрессионного анализа. На это отведено 6 занятий. Освоив теоретические знания, студенты приме-

няют их на практике. В частности, предлагаемые практические задачи касаются определения биологического возраста каждого пациента на основании лабораторных данных, построение матрицы корреляций, создание схемы взаимодействия параметров, характеризующих группу пациентов с одинаковой патологией. В ходе освоения этого блока программы студенты выполняют также самостоятельную контрольную работу, в которой раскрывается их творческий потенциал, так как предлагаемая к решению задача (поиск статистической связи между числами Вольфа и социальной активностью человека с построением регрессионной модели) требует креативного мышления [1]. На заключительном занятии этого блока программы студенты осваивают применение метода множественной регрессии при определении прогноза заболевания. На примере фремингемского исследования им разъясняется суть метода. В результате каждая группа создает свою уникальную формулу прогноза заболевания и сравнивает полученные результаты с «реальным» исходом болезни. Полученные данные представляются в виде диаграмм и таблиц.

Заключительные занятия посвящены методам оценки результатов эксперимента. В вводной части студентам рассказывается о том, что представляет собой эксперимент в медицине, показывается презентация. Затем приводится пример разбиения базы по какому-либо ключевому признаку (например, полу) и осуществляется сравнение групп на достоверность различий по критерию Стьюдента. Следующим этапом является определение статистической оценки эффективности жаропонижающего средства при сравнении группы наблюдения и контроля (куда входят лица, получавшие плацебо). Заключительным этапом этого блока является выполнение самостоятельной контрольной работы.

УДК 378.661(470.51-25):616-003.96

И.Б. Руденко, И.А. Казакова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Руденко Ирина Борисовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: rudenko.ib@bk.ru, тел. 8 (909) 056-36-08; **Казакова Ирина Александровна** — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

Целью настоящего исследования явилась оценка степени адаптационных возможностей 168 студентов 4–5 курсов ИГМА с помощью анонимного анкетирования на основе шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и шкалы самооценки депрессии Цунга. Проведено исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Варикард», посредством которого проанализированы основные регуляторные системы организма студентов.

Ключевые слова: адаптация; уровень тревожности; уровень депрессии; регуляторные системы; вариабельность сердечного ритма

Два последних занятия посвящены обобщению пройденного материала. На первом из этих занятий студентам предлагается создать презентацию, посвященную пройденному курсу. При этом в произвольной форме с применением дополнительных средств (анимация, сведения из Интернет, встраиваемые рисунки, фотографии и т.п.) студенты должны представить те знания, которые они получили во время прохождения курса медицинской информатики. На заключительном занятии происходит защита каждой группой своих презентаций. В присутствии всей группы и преподавателей кафедры студенты рассказывают о том, какие знания они получили. После нескольких уточняющих вопросов каждая группа получает итоговую оценку.

Таким образом, в ходе занятий преодолевается порой существующее несоответствие между теоретическими знаниями и тем, что реально нужно для работы в практической медицине. Предлагаемая методика, которая в течение нескольких лет применяется на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии, показала свою эффективность в переходе к проблемно-ориентированному обучению, которое основывается на решении практических задач с помощью анализа клинических медицинских примеров [2].

Список литературы:

1. **Литвишков, В.М.** Пенитенциарная педагогика: учеб.-метод. пособие / В.М. Литвишков, А.В. Митькина. — М.: Издательство МПСИ, 2004. — 399 с.
2. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению, медицинской информатике: учебное пособие / В.Н. Савельев [и др.]. — Ижевск: ИГМА, 2008. — 432 с.
3. **Трофименко, А.С.** Инновационные методы обучения в высшем образовании / А.С. Трофименко//SCI-article. — 2014. — № 13. — С. 12–15.

I. B. Rudenko, I. A. Kazakova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Internal Diseases with the Courses in Radiological Methods of Diagnostics and Treatment

ADAPTIVE CAPACITY OF THE ORGANISM IN STUDENTS OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Rudenko Irina Borisovna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (909) 056-36-08, e-mail: rudenko.ib@bk.ru; Kazakova Irina Aleksandrovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The purpose of the study was to assess the extent of adaptive capacity of 168^{4th} and 5th year students of Izhevsk State Medical Academy using an anonymous questionnaire survey based on Spielberger-Khanin measure of assessing the level of state and trait anxiety and Tsung self-assessment of depression. We studied heart rate variability (HRV) on a hardware-software complex VARIKARD by which we analyzed the main regulatory systems of the body in the students.

Key words: adaptation; level of anxiety; level of depression; regulatory systems; heart rate variability

Обучение студентов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) можно считать очень напряженным в силу высоких требований к будущей профессии врача. Кроме того, многие студенты старших курсов подрабатывают, в том числе и в сфере медицины, что часто сопровождается ночными сменами. Таким образом, возрастают психо-эмоциональные и физические нагрузки, что ведет к истощению адаптивных резервов организма. Большую роль в развитии адаптационных процессов играет уровень тревожности. Между понятиями тревожности и адаптированности личности существует тесная отрицательная корреляционная взаимосвязь. У лиц с высоким уровнем тревожности способность к любой адаптации снижена как со стороны психических, так и физиологических ее составляющих [3]. В 50-х годах XX века известный психолог Р. Кэттелл сформулировал концепцию о двух видах тревожности: тревоги как состояния и тревожности как личностного свойства. Эта концепция впоследствии была доработана и усовершенствована Ч. Спилбергером и легла в основу созданного им теста для оценки тревожности. Если в острой стрессовой ситуации тревожность является адаптивным процессом, по сути, способом мобилизации защитных механизмов, то в условиях хронической психической напряженности тревожность трактуется уже как дезадаптивный процесс. Нарушение деятельности и дезадаптацию обычно связывают с чрезмерно высоким или слишком низким уровнями тревожности [1].

Цель исследования: оценить степень адаптационных возможностей у студентов Ижевской государственной медицинской академии.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 168 студентов 4 и 5 курсов педиатрического и лечебного факультетов ИГМА в 2016 году. Методы исследования включали ано-

нимное анкетирование на основе шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и шкалы самооценки депрессии Цунга [2]. При интерпретации показателей тревожности использовались следующие ориентировочные оценки: до 30 баллов — низкая, 31–45 баллов — умеренная; 46 и более — высокая. При анализе показателей уровня депрессии (УД) полученные результаты трактовались следующим образом: если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии; если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. Показатель УД от 60 до 69 баллов — субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Также было проведено исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Варикард», посредством которого проанализированы основные регуляторные системы, основные показатели сердечного ритма, включающие стресс-индекс, частоту пульса, показатель активности регуляторных систем (ПАРС), а также показатели *HF*, *LF*, *VLF*, среднее квадратичное отклонение (СКО). Анализ ВСР является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами нервной системы [4,5]. Исследование проводилось на базе БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР. Было проведено анкетирование и обследование 85 студентов, из них — 19 (22,3%) мужчин и 66 (77,7%) женщин в возрасте от 20 до 26 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе исследования выявлено, что в общей исследовательской группе преобладают лица

с низкой реактивной тревожностью (69%), умеренной личностной тревожностью (49%) и отсутствием депрессии (96%). Однако уровень высокой личностной тревожности (43%) близок к уровню умеренной и практически сопоставим с ним. Обнаружена взаимосвязь между уровнем тревожности и наличием работы – у работающих студентов высокий уровень личностной тревожности равен 49%, в отличие от неработающих, у которых данный показатель равен лишь 33%. Также среди работающих студентов выявлен высокий уровень личностной тревожности и депрессии в зависимости от частоты ночных смен: при частоте 3 и более раза в неделю он составил 48% и 10% соответственно, в сравнении со студентами, работающими 1–2 раза в неделю, у которых уровень высокой личностной тревожности – 23% и отсутствует депрессия.

При определении зависимости уровня тревожности и депрессии от среднего балла студентов выявлено, что выше уровень личностной тревожности у студентов с баллом 3,0–3,5 (высокий уровень личностной тревожности – 58%), что на 17% выше, чем в группе со средним баллом 3,5–4,0 и 4,0–4,5 и на 35% выше, чем у студентов со средним баллом 4,5–5,0. Уровень легкой депрессии у лиц со средним баллом 3,0–3,5 также выше (11%), чем у группы со средним баллом 3,5–4,0 (1%) и 4,0–4,5 (2%), а в группе со средним баллом 4,5–5,0 депрессивных расстройств не наблюдалось. Из этого следует, что студенты с низким средним баллом (3,0–3,5) более склонны депрессивным расстройствам и к появлению состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Также имеет определенное значение фактор работы за компьютером в ночное время – среди тех студентов, кто работает за компьютером по ночам уровень высокой личностной тревожности (48%), легкой депрессии (6%) и субдепрессии (1%) выше, чем среди тех, кто не работает – уровень высокой личностной тревожности – 37%, депрессии нет.

Таким образом, лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам. Для низкотревожных людей, напротив, требуется

пробуждение активности, заинтересованности, мотивационных компонентов деятельности, чувства ответственности в решении тех или иных задач [1].

По результатам оценки ВСП, у 85 обследованных студентов с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард» получились следующие данные: при оценке степени напряжения регуляторных систем с помощью ПАРС выяснилось, что у всех обследуемых функциональное состояние находится в степени удовлетворительной адаптации и функционального напряжения (ПАРС = $4 \pm 7,3$), т.е. для адекватной работы их организму требуются дополнительные резервы. В результате оценки состояния регуляторных систем оказалось, что у 5 (5,9%) человек преобладала симпатическая нервная система, у 56 (65,9%) преобладала парасимпатическая система. Анализ основных показателей сердечного ритма определил следующие результаты: средняя частота пульса у обследуемых составила $73,8 \pm 7,5$ удара в минуту. Среднее значение стресс-индекса 156 усл.ед, что свидетельствует в пользу напряжения всех регуляторных систем организма. Среднее значение СКО равно 71,4 мс и укладывается в рамки указанных выше величин. Причем у 71,7% обследованных показатель СКО в пределах нормы, у 1,17% – ниже указанных величин, у 28,2% – выше нормы. Показатель *HF* в среднем равен 42,25%, что так же говорит о повышении активности парасимпатической нервной системы. *LF* в пределах 44,43%. *VLF* – показатель активности симпатической нервной системы – находится на уровне 21,07%, что указывает на энергетическое состояние.

Исходя из этих данных, мы бы сказали о повышении ВСП, но тип нервной системы является непостоянным показателем. Показатель СКО у 28,2% обследуемых студентов свидетельствует об усиленном влиянии на регуляцию деятельности сердечно-сосудистого центра симпатического звена, что указывает на снижение ВСП, эта категория входит в группу риска по сердечно-сосудистым заболеваниям. Также наблюдается обратно пропорциональная связь между показателями *VLF* и стресс-индексом, чем меньше значение *VLF*, тем выше стресс-индекс. Все вышеизложенное можно интерпретировать так: у студентов сердечно-сосудистый центр находится в гиперактивном состоянии и не всегда справляется с воздействием стресс-факторов и вариабельность сердечного ритма снижена.

Вывод. Среди студентов ИГМА преобладают лица с низкой реактивной тревожностью (69%), умеренной личностной тревожностью (49%) и отсутствием депрессии (96%). В результате исследования была выявлена закономерность: высокий уровень личностной тревожности и, как следствие, нарушение адаптационных возможностей чаще встречается среди работающих студентов с частыми ночными сменами, низкой средней успеваемостью, проводящих ночное время за компьютером.

У студентов степень напряжения регуляторных систем проявляется напряжением адаптивных возможностей организма за счет дисрегуляции симпатической и парасимпатической нервных систем. Напряжение регуляторных систем у большинства студентов находится в степени удовлетворительной адаптации и функционального напряжения (ПАРС = $4 \pm 7,3$) т.е. для адекватной работы организма студента требуются

дополнительные резервы, и у этой категории студентов существует угроза развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы:

1. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности / А.В. Батаршев. – СПб: Изд-во Речь, 2012. – 208 с.
2. Карелин, А.А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.А. Карелин. – М.: Изд-во Эксмо, 2009. – 416 с.
3. Прохорова, А.О. Психология состояний: учебное пособие / А.О. Прохорова. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2011. – 624 с.
4. Самохвалова, В.Г. Вариабельность сердечного ритма у лиц с первичной артериальной гипотонией / В.Г. Самохвалова, И.Н. Исаева // Вестник проблем биологии и медицины. – 2014. – Вып. 3, Том 1. – С. 110
5. Характеристика адаптационной реакции сердечно-сосудистой системы у больных метаболическим синдромом / В.В. Трусов [и др.] // Труды ИГМА. – Т. 49. – Ижевск, 2011. – С. 85–86

УДК 378.661(470.51-25):617.5

З. М. Сигал

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Сигал Золтан Мойшевич – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-94, email: sigalzm@yandex.ru

В статье представлены инновационные технологии в подготовке медицинских кадров – музей по оперативной хирургии, учебно-научные стенды, монографии, докторские и кандидатские диссертации и патенты на изобретения по актуальным вопросам оперативной хирургии.

Ключевые слова: кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии; музей оперативной хирургии; патенты на изобретения

Z. M. Sigal

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TRAINING PROFESSIONALS AT THE DEPARTMENT OF OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHIC ANATOMY

Sigal Zoltan Moyshevich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8(3412) 91-82-94, e-mail: sigalzm@yandex.ru

The article presents innovative technologies in training medical practitioners - the museum of operative surgery, academic and research posters, monographs, theses for candidate's and doctor's degrees and patents on topical issues of operative surgery.

Key words: department of operative surgery and topographic anatomy; museum of operative surgery; patents for invention

Подготовка медицинских кадров Ижевской государственной медицинской академии на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии осуществляется с использованием музейных препаратов и инструментария оперативной хирургии. Изготовлено 50 музейных препаратов и 34 электрофицированных

стендов к ним. Они включают типовые и оригинальные оперативные вмешательства по патентам на изобретения З.М. Сигала. По музейным препаратам и электрофицированным стендам в соответствии с образовательными программами проводятся практические занятия для студентов всех факультетов, врачей, интер-

нов, ординаторов, аспирантов хирургического профиля.

На кафедре изготовлен ряд учебно-научных стендов: «Хирургический инструментарий», «Научная школа сигалографии», «Лечебно-диагностические технологии», «Вариантная топографическая анатомия, вариантная патотопографическая анатомия, вариантная хирургия»; выпущены атласы, учебники, монографии, компьютерные программы З.М. Сигала, «История кафедры», «Эндоскопический инструментарий и операции», «Срезы по Пирогову с КТ, МРТ, 3D», «Атлас топографической анатомии», «Атлас патотопографической анатомии», «Атлас ультразвуковой топографической анатомии», «Атлас КТ и МРТ топографической анатомии». Важным в обучении студентов и врачей является изданный цветной атлас ультразвуковой топографической и патотопографической анатомии. Это – новое учебно-научное направление в топографической анатомии. Разработаны специфические и неспецифические ультразвуковые признаки вариантов нормы, аномалий развития, диффузной и очаговой патотопографической анатомии. Цветной атлас включает сравнительные топографические и патотопографические данные. Является первым в мире учебным пособием для студентов, врачей различных специальностей, в том числе и врачей УЗИ. Апробация технологий проведена в клинике у больных с ультразвуковым мониторингом. Благодаря ранней диагностике отсутствовали ложноположительные и ложноотрицательные результаты, проводилось эффективное лечение, а в ряде случаев в комплексе с оригинальной сигалографией (оптометрией и пульсомоторографией), разработаны новые методы лечения и найдены оптимальные дозировки, разработан эффективный лекарственный комплекс при патологии. В цветном атласе топографической и патотопографической анатомии представлены послойная топографическая анатомия, вариантная топографическая и патотопографическая анатомия, КТ и МРТ-топографическая и патотопографическая анатомия. Все рисунки являются полноцветными и оригинальными. К новым учебно-научным направлениям нашего атласа относятся предложенная и разработанная патотопографическая анатомия, вариантная топографическая анатомия, трансиллюминационная анатомия, компьютерная и МРТ-топографическая, и патотопографическая анатомия. Все эти разде-

лы имеют большое практическое значение как в клинической топографической анатомии, так и в оперативной хирургии.

Кафедра оперативной хирургии имеет богатый опыт внедрения новых лечебно-диагностических методов в оперативную хирургию и практику здравоохранения. Этому посвящено свыше 30 монографий проф. З.М. Сигала и соавторов, свыше 40 докторских и кандидатских диссертаций по сигалографии – статическому и динамическому трансиллюминационному мониторингу в оперативной хирургии и свыше 40 патентов на изобретения по актуальным вопросам оперативной хирургии, хирургическому лечению больных, операционной диагностике, определению жизнеспособности полых органов и профилактике послеоперационных осложнений. Приводим наиболее важные патенты и авторские свидетельства на изобретения профессора З.М. Сигала:

- новые способы профилактики: авт. св-во №1232230 «Способ интраоперационного прогнозирования эффективности ваготомии»; пат-т № 2198601 «Способ профилактики несостоятельности кишечных культи»; пат-т № 2261043 «Способ интраоперационного прогнозирования эффективности ваготомии»; пат-т № 2367361 «Способ защиты межкишечных анастомозов»; пат-т № 2489973 «Способ пластики брюшных грыж»;

- новые способы диагностики: авт. св-во № 1398820 «Способ определения жизнеспособности стенки полого органа»; авт. св-во № 1641264 «Способ диагностики жизнеспособности тонкой кишки при странгуляционной кишечной непроходимости»; авт. св-во № 1581272 «Способ определения жизнеспособности стенки толстой кишки»; авт. св-во № 1777819 «Способ диагностики рефлюкс-эзофагита»; пат-т № 222926 «Способ диагностики злокачественных опухолей щитовидной железы»; пат-т № 2245679 «Способ диагностики дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни желудка»; пат-т № 2236168 «Способ диагностики хронической дуоденальной непроходимости язвенной болезни желудка»; пат-т № 2248746 «Способ определения нарушений жизнеспособности органов и тканей желудочно-кишечного тракта»; пат-т № 2278610 «Способ экспресс-диагностики серозного и гнойного разлитого перитонита»;

- новые хирургические инструменты: авт. св-во № 1209180 «Устройство для отбортовки

концов сосудов»; авт. св-во № 1463311 «Лечебно-диагностический зонд»; пат-т № 2112420 «Устройство для диагностики состояния полых органов»; пат-т № 2131275 «Электростимулятор для полых органов»; пат-т № 34346 «Эндоскопический зажим для определения жизнеспособности органов и тканей»; пат-т № 39470 «Эндоскопический индикатор для определения жизнеспособности органов и тканей»;

- новые способы хирургического лечения: авт. св-во № 839503 «Способ лечения язвы двенадцатиперстной кишки»; авт. св-во № 1273065 «Способ пластики пищевода желудком»; авт. св-во № 143X7N7 «Способ лечения острого панкреатита»; авт. св-во № 1461415 «Способ определения эффективности лечения ишемических нарушений в тканях»; пат-т № 2425619 «Способ оценки адекватности лечения больных миастенией»; пат-т № 2557417 «Способ хирургического лечения асептического панкреонекроза»; пат-т № 570526 «Способ хирургического лечения цирроза печени»;

- новый эндопротез: пат-т № 77775 «Полный съемный протез нижней челюсти».

Таким образом, в настоящее время благодаря использованию наших трансиллюмина-

ционных мониторов и индикаторов жизнеспособности резко снижены смертность больных и послеоперационные ишемические осложнения – несостоятельность швов анастомозов, некрозы, перфорационный перитонит. Разработан концептуальный ряд мониторов и индикаторов жизнеспособности органов и тканей. Это операционные и неоперационные, эндоскопические, малоинвазивные и классические, гинекологические, трансиллюминационные приборы для ЛОР-органов, лечебной физкультуры, для оценки действия лекарств и разработки новых методов лечения: пульмонологические, нейрохирургические, неврологические, сосудистые. В гастроэнтерологии используются пищеводные, желудочные, интестинальные, колоректальные мониторы З.М. Сигала. Эти приборы служат для экспресс-оценки жизнеспособности органов, коррекции обратимой ишемии, специфической диагностики очаговой и диффузной патологии, экспресс-оценки эффективности лечения и выработки оптимальной медицинской тактики, для профилактики органических, функциональных и ятрогенных осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.233.24-039.1-033

Н. И. Пенкина¹, М. В. Мухачева², Т. Н. Поздновская², Д. Н. Королева²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра педиатрии и неонатологии

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

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Пенкина Надежда Ильинична — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, e-mail: nad.penkina@yandex.ru; Мухачева Мария Вячеславовна — заведующий педиатрическим боксированным отделением; Поздновская Татьяна Николаевна — заведующий педиатрическим отделением для детей раннего возраста; Королева Дарья Николаевна — врач отделения гематологии.

Выявлен высокий показатель острой инфекции Mycoplasma pneumoniae у детей, госпитализированных в отделения Республиканской детской клинической больницы г. Ижевска, изучены клинико-лабораторные особенности. Показано разнообразие клинических проявлений инфекции. Представлены результаты лечения.

Ключевые слова: Mycoplasma pneumoniae; дети; диагностика; лечение

N. I. Penkina¹, M. V. Mukhacheva², T. N. Pozdnovskaya², D. N. Koroleva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pediatrics and Neonatology

²Republic Children Clinical Hospital, Izhevsk

MYCOPLASMA INFECTION IN CHILDREN ADMITTED TO PEDIATRIC IN-PATIENT DEPARTMENT

Penkina Nadezhda Ilinichna — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., e-mail: nad.penkina@yandex.ru; Mukhacheva Maria Vyacheslavovna — Head of Pediatric Isolation Wards Department; Pozdnovskaya Tatyana Nikolaevna — Head of Pediatric Department for Children of Early Age; Koroleva Daria Nikolaevna — Physician of the Department of Hematology

The study reveals a high rate of acute infection with Mycoplasma pneumoniae in children admitted to the departments of the Republic Children Clinical Hospital. Clinical and laboratory features of the infection are investigated and the diversity of its clinical manifestations is shown. The results of the treatment are presented.

Key words: Mycoplasma pneumoniae; children; diagnostics; treatment

Среди этиологических факторов многих заболеваний ведущая роль принадлежит инфекционным агентам [4]. У детей инфекционная природа заболеваний занимает центральное место, что обусловлено особенностями иммунитета ребенка [1, 5]. Открытие и внедрение в практику вакцин, антибиотиков, улучшение санитарных условий жизни населения способствуют изменению свойств возбудителей, появлению новых, ранее неизвестных. Нередко различные возбудители вызывают однотипные клинические проявления. Отсутствие адекватного лечения нередко способствует затяжному течению заболеваний.

Доступность современных методов диагностики (иммуноферментный анализ) позволяет уточнить этиологию, выявить возбудителей инфекций, вызывающих атипичное течение заболеваний. На современном этапе среди этиологических факторов заболеваний у детей приобретает значение микоплазменная инфекция [2, 3].

Цель исследования: изучение частоты инфицирования *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) детей, госпитализированных в педиатрический стационар Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) г. Ижевска, клинико-лабораторных особенностей, эффективности лечения.

Материал и методы исследования. Проведен анализ медицинских карт стационарного больного детей с диагностированной острой микоплазменной инфекцией, госпитализированных в отделения РДКБ в 2010–2015 гг. Диагностика микоплазменной инфекции проводилась методом иммуноферментного анализа (наборы *SeroMPTM IgM* «БиоХимМак»). Определялся уровень иммуноглобулина *М* к *M.pneumoniae*. Клинико-лабораторные особенности инфекции, обусловленной *M.pneumoniae*, изучены у 63 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Из госпитализированных в 2010–2015 гг. в отделения РДКБ на инфекцию *M.pneumoniae* обследовано 30% детей. Остро протекающая инфекция регистрировалась среди обследованных у 18,3% детей (2010 г. – 15,1%, 2015 г. – 28,7%). Дети с острой инфекцией *M.pneumoniae* были госпитализированы в основном в пульмонологическое (46%) и инфекционно-боксированное (41%) отделения. Сезонности инфекции нами не выявлено. Дети в течение года госпитализировались с одинаковой частотой: зимой – 28,6%, весной – 19%, летом – 23,8%, осенью – 28,6%. В возрасте до 3 лет госпитализировано 23,8% детей, с 3 до 7 лет – 42,9%, старше 7 лет – 33,3%. Среди заболевших инфекцией *M.pneumoniae* неорганизованных детей было 9,5%, посещавших ДДУ – 57,1%, школу – 33,4%. Большая часть детей проживала в г. Ижевске (81%), меньшая – в сельских районах (19%).

Ведущей жалобой у детей являлся сухой, приступообразный кашель (90,5%). Влажный кашель регистрировался значительно реже (9,5%). Кашель появлялся одновременно с повышением температуры. Повышение температуры регистрировалось у половины пациентов (42,9%). Лихорадка была непродолжительной, не превышала 38,5°. Катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (ринит, фарингит) наблюдались у 66% детей. Почти у половины больных среди жалоб присутствовала одышка (42,9%). Часть детей была переведена в соматические отделения РДКБ из детской хирургии (16%). Дети поступали в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. До госпитализации в РДКБ длительность жалоб у детей наблюдались в течение различного времени: 1 неделя – у 35,7%, 2 недели – у 50%, 1–2 месяца – у 14,3% пациентов.

При поступлении в стационар состояние детей оценивалось преимущественно как средне-тяжелое (95,2%), реже – тяжелое (у 4,8%). Симптомы

дыхательной недостаточности выявлены у 38,1%. Преваляровала дыхательная недостаточность I степени. Обследование бронхо-легочной системы у детей с острой микоплазменной инфекцией свидетельствует о том, что у половины пациентов перкуторный звук не изменялся. Коробочный перкуторный звук и укорочение регистрировались реже, составили 25% и 32,1%, соответственно. Изменения дыхания при аускультации выявлены у половины пациентов: у 32% детей дыхание было жестким, у 19% – ослабленным. Хрипы выслушивались у большей части детей, преобладали влажные (66,7%), сухие (23,8%).

При физикальном обследовании у 57% детей была выявлена лимфаденопатия. Среди внелегочных проявлений у детей с острой инфекцией *M.pneumoniae* диагностированы конъюнктивит (25%), миалгии (25%), астеновегетативный синдром (59%), тошнота (25%), отит (21%), инфекционная экзантема в виде пятнисто-папулезной сыпи (21%).

В полном анализе крови лейкоцитоз наблюдался у 33,3% больных, лейкопения – у 9,5%; тромбоцитоз – у 19%, тромбоцитопения – у 9,5%. Анемия регистрировалась редко, выявлена у 2 детей раннего возраста. Сдвиг формулы влево наблюдался у 23,8% детей с острой микоплазменной инфекцией. Моноцитоз встречался часто, отмечен у 33,3% детей. СОЭ была ускоренной у всех пациентов, колебалась от 18 до 52 мм рт.ст. Особенности показателей иммунограммы явились низкие значения *IgA* – у 49,5% детей и *IgG* – у 6,7% пациентов, повышенные уровни *IgM* – у 70% детей и *IgE* – у 46,2% пациентов.

По результатам обследования основными диагнозами у детей с острой микоплазменной инфекцией явились пневмония (33,3%), бронхит простой – 52%, обструктивный бронхит – 14,7%.

Ведущим методом лечения детей с острой микоплазменной инфекцией была антибактериальная терапия. Результаты анализов на микоплазменную инфекцию обычно были готовы через 5–7 дней. Большая часть пациентов, учитывая наличие пневмонии и тяжести состояния, нуждались в антибактериальной терапии в день госпитализации. Выбор антибиотика по этой причине был эмпирическим у большей части больных детей. Стартовая терапия с антибиотиков пенициллинового ряда начата у 20% детей, цефалоспоринов III и IV поколений – у 25% детей, макролидов – у 55% детей. Один курс антибактериальной терапии получили, в основном, дети, начавшие лече-

ние с антибиотиков из группы макролидов (20%). Все дети начавшие лечение с пенициллинового ряда или цефалоспоринов получили 2–3 курса антибактериальных препаратов. Средняя длительность лечения детей с острой микоплазменной инфекцией составила 10,4 дня. Все дети выписаны с улучшением состояния, купированием клинических и лабораторных изменений.

Вывод. Нами установлено, что среди детей, госпитализированных в отделения РДКБ, высокий уровень инфицированности *M.pneumoniae*; дети с острой микоплазменной инфекцией поступают в пульмонологическое и инфекционно-боксированное отделения; клиническая симптоматика у детей разнообразна, наряду с симптомами поражения бронхолегочной системы часто регистрируются внелегочные проявления; гемограмма

характеризуется преимущественно лейкоцитозом и моноцитозом; характерна дисиммуноглобулинемия, в виде низких значений *IgA*, и *IgG*, высоких *IgM* и *IgE*; лечение антибиотиками из группы макролидов эффективно.

Список литературы:

1. Зайцева, О.В. Формирование иммунитета: актуальные вопросы педиатрии / О.В. Зайцева // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2014. – № 2 (37). – С. 12–22.
2. Краснов, В.В. Рациональная терапия гриппа и ОРВИ у детей раннего возраста / В.В. Краснов // Ремедиум. – 2015. – № 10. – С. 35.
3. Микоплазменная инфекция нижних дыхательных путей у детей / Т.В. Симанова [и др.]. – Ижевск, 2008. – 26 с.
4. Тимченко, В.Н. Инфекционные болезни у детей / Т.В. Тимченко. – СПб: СпецЛит, 2008. – 607 с.
5. Терещенко, С.Ю. Периферическая лимфаденопатия у детей: дифференциальная диагностика / С.Ю. Терещенко // Consilium medicum. – 2011. – № 3. – С. 91–98.

УДК 616.712-007.24-053.2-08

С. Б. Давлятов, Н. Д. Мухиддинов

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения», Республика Таджикистан

КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич — ректор; Давлятов Сайфулло Бобоевич — проректор по научно-исследовательской работе; e-mail: davlatov.s1962@mail.ru

Проанализирована частота регистрации воронкообразной грудной клетки у детей, проживающих в Республике Таджикистан. Обсуждаются показания к оперативному вмешательству, методы коррекции. Представлен авторский способ торакопластики.

Ключевые слова: воронкообразная грудная клетка; оперативные методы лечения.

S.B. Davlyatov, N.D. Mukhiddinov

Institute of Postgraduate Education in Health Care, Republic of Tajikistan

CORRECTION OF FUNNEL-SHAPED DEFORMITY OF THE CHEST IN CHILDREN

Mukhiddinov Nuriddin Davlataliyevich — Rector; Davlyatov Saifullo Boboyevich — Vice-rector for Scientific Research; e-mail: davlatov.s1962@mail.ru

The article analyzes the frequency of registering funnel chest in children living in the Republic of Tajikistan. Indications for surgical intervention and correction methods are discussed. The author's method of thoracoplasty is presented.

Key words: funnel chest, methods of surgical treatment

Воронкообразная грудь встречается у 14% населения; при этом у детей (преимущественно у мальчиков) врожденные аномалии диагностируются у 0,6–2,3% населения, составляя 91% от всех врожденных пороков развития грудной клетки [1, 3, 5]. Деформации грудной клетки у детей представляют собой косметический дефект, могут вызывать функциональные проблемы со стороны дыхания и сердечной деятельности, причинять психологический дискомфорт ребенку. Эти обстоятельства неблагоприятно сказываются на гармоничном развитии детей и их социальной адаптации. Проблема деформаций грудной клетки у детей является актуаль-

ной для торакальной хирургии, детской кардиопульмонологии и детской психологии [2, 4, 5, 6].

Цель исследования: улучшение результатов хирургической коррекции врожденной воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан с 1997 по 2015 г. прооперирован 41 больной в возрасте от 5 до 15 лет, средний возраст $7,5 \pm 4,8$ года. Степень ВДГК определяли по индексу Жижицкой, которая разделяется

на 4 степени. Наличие у больного третьей или четвертой степени ВДГК неизбежно сопровождается функциональными нарушениями: снижением жизненной и остаточной емкости легких, регургитацией крови в митральном и трикуспидальном клапанах сердца и легочно-артериальной гипертензией. ВДГК II степени наблюдалась у 4 (9,7%), III степени – у 15 (36,5%) и IV – у 19 (46,3%) детей. У 12 детей (29,2%) из 41 отмечались жалобы только на косметический недостаток. У 28 (68,2%) больных имелись жалобы на кашель, одышку при физической нагрузке и боли в грудной клетке.

В алгоритм обследования детей с ВДГК входили: обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции, КТ органов грудной клетки, доплерография с определением центральной и легочной гемодинамики, спирография, ЭКГ, УЗИ сердца, печени и почек. Лабораторный скрининг включал общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, показатели клеточного и гуморального иммунитета.

В настоящее время мы считаем необходимым выполнение КТ грудной клетки в предоперационном периоде, поскольку это объективно отражает степень компрессии сердца и легких, смещения средостения, наличия ателектазов и винтообразной деформации грудины.

Показаниями к операции явились патологические изменения, развивающиеся со стороны органов грудной клетки вследствие их дислокации, сдавление деформированной грудной клеткой магистральных сосудов сердца, легких, органов средостения, а также проблемы социальной адаптации. Развитие социального комплекса неполноценности у ребенка связано с имеющимся косметическим дефектом, который оказывается объектом пристального внимания со стороны сверстников и окружающих людей. Ребенок постепенно изолируется от общества, не имеет возможности вести полноценный образ жизни, что приводит к развитию тяжелого психогенного комплекса.

Результаты исследования и их обсуждение.

При III–IV степени ВДГК выявлено смещение органов средостения у 92,5% детей. По данным КТ органов грудной клетки наличие смещения грудины в сочетании с ее ротацией обнаружено в 46,0% случаев, увеличение плотности легочной паренхимы на уровне наибольшего западания грудино-реберного комплекса отмечено у 19,0% обследованных. У 91,2% больных выявлена ды-

хательная недостаточность по рестриктивному типу с нарушением альвеолярной вентиляции, а у 68,0% отмечалось уменьшение ударного индекса мышечной работы желудочков. У 13,4% больных выявлена аритмия, пролапс митрального клапана – у 8,0%; повышение общего и легочного сосудистого сопротивления – у 58,0%. У 70,6% наблюдалась I–II степень легочно-артериальной гипертензии. У 82,0% больных отмечены нарушения метаболической активности легких, тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза и вторичное иммунодефицитное состояние.

До 2009 года коррекция ВДГК осуществлялась по методике Г. А. Баирова с модификацией у 24 детей. Однако при ретроспективном изучении результатов лечения у 90% детей получен отрицательный результат, т. е. развился рецидив деформации.

У 17 больных выполнена малоинвазивная торакопластика по принципу *D. Nuss*. Применение этой малоинвазивной техники значительно расширило круг оперируемых пациентов, так как отказ от резекции реберных хрящей, стернотомии и сокращение операционного доступа и кровопотери чаще позволяют рассматривать косметические и психологические показания к лечению в качестве основных.

Двумя разрезами до 3 см параллельно межреберью, по передней подмышечной линии с обеих сторон, на уровне наиболее глубокого места деформации грудины создается тоннель, проходящий через загрудинное пространство. По проводнику вводится пластинка типа Лоренца из никелида титана шириной 1,5–2 см (*TiNi* с термомеханической обработкой и с памятью формы), обладающая биомеханической и биохимической совместимостью. Пластинка предварительно охлаждается ледяным раствором спирта или жидким азотом в течение 5–7 минут с целью принятия прямой формы для легкого и безопасного введения. В таком положении пластинка вводится под грудину и укладывается.

Для предупреждения миграции пластинка с двух сторон фиксируется с ребром. После ее установки в течение 5–7 минут под действием температуры тела пластинка приобретает заданную форму, приподнимая и устраняя деформацию груди. У 2 оперированных по методу *D. Nuss* детей пневмоторакс был купирован однократной односторонней и у 1 двусторонней плевральной пункцией, выполненной непосредственно на операционном столе по оконча-

нии вмешательства. Дренирования плевральной полости не требовалось. Отсутствовала и интраоперационная кровопотеря. Во всех случаях получены положительные результаты и отмечался хороший косметический эффект.

Вывод. Предложенный способ торакопластики является малотравматичным и может быть рекомендован для оперативного лечения ВДГК у детей как метод выбора.

Список литературы:

1. **Ашкрафт, К. У.** Деформация грудной клетки / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер // Детская хирургия. – 1996. – Т. 1. – С. 168–184.

2. **Исаков, Ю. Ф.** Воронкообразная деформация грудной клетки: руководство по торакальной хирургии у детей / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, В. И. Гераськин. – М.: Медицина, 1978.

3. **Розумовский, А. Ю.** Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки методом Насса / А. Ю. Розумовский, А. А. Павлов, А. Б. Алханов // Дет. хир. – 2006. – № 2. – С. 4–9.

4. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum / D. Nuss [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 1998. – Vol. 33, N 4. – P. 545–552.

5. **Hebra, A.** Minimally invasive repair surgery / A. Hebra // Chest Surg. Clin. N. Am. – 2000. – Vol. 10, N 2. – P. 329–339.

6. Minimally invasive repair of pectus excavatum-the Nuss procedure. A European multicentre experience / S. Hosie [et al.] // Eur. J. Pediatr. Surg. – 2002. – Vol. 12, N 4. – P. 235–238.

УДК 616.37-002.4-036.22

М. Н. Бекмансуров¹, М. В. Воронцов¹, Э. П. Сорокин^{1,2}, Е. В. Шиляева²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

Бекмансуров Марат Наильевич — ординатор кафедры; **Воронцов Михаил Владимирович** — ординатор кафедры; **Сорокин Эдуард Павлович** — доцент кафедры, кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел. 8 (3412) 66-58-33, email: ep.sorokin@yandex.ru; **Шиляева Елена Викторовна** — врач анестезиолог-реаниматолог

В работе представлены результаты исследования эпидемиологических особенностей пациентов с панкреонекрозами.
Ключевые слова: острый панкреатит; панкреонекроз

М. N. Bekmansurov¹, M. V. Vorontsov¹, E. P. Sorokin^{1,2}, Ye. V. Shilyaeva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

²Municipal Clinical Hospital № 9, Izhevsk

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF PANCREONECROSIS

Bekmansurov Marat Nail'evich — Resident; **Vorontsov Mikhail Vladimirovich** — Resident; **Sorokin Eduard Pavlovich** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 426063, Izhevsk, 52 Promyshlennaya st., tel. 8 (3412) 66-58-33, e-mail: ep.sorokin@yandex.ru; **Shilyaeva Yelena Viktorovna** — Intensivist

The work presents the results of a study of epidemiology of pancreonecrosis.
Key words: acute pancreatitis; pancreonecrosis

В современной клинической хирургии лечение острого панкреатита (ОП) остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем. В структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости деструктивный панкреатит занимает первое место, опережая острый холецистит и острый аппендицит, ущемленную грыжу, кишечную непроходимость и прободную гастродуоденальную язву. Особое место занимает некроз поджелудочной железы, составляющий в структуре заболеваемости от 12 до 30%. ОП сопровождается ферментная токсемия, некроз ткани железы

с секвестрацией и инфицированием, развитие разнообразных гнойных осложнений и полиорганной недостаточности, что влечет высокую летальность.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических аспектов панкреонекрозов в УР на примере хирургического отделения БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР г. Ижевска.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 45 медицинских карт стационарных больных, пролеченных с диагнозом панкреонекроз в хирургическом отделении БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР в 2009–2014 гг.

Статистические расчеты проведены с использованием пакета программ *Excel 7.0*. В ходе исследования соблюдены основные принципы биомедицинской этики.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди пациентов преобладали мужчины – 36 (80%) человек. Возраст пациентов – от 25 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 11,8$ года. Наибольшее число пациентов приходилось на возрастные группы от 31 года до 40 лет и от 51 года до 60 лет – по 11 (24%) человек соответственно. Большинство пациентов – 39 (87%) человек – являются городскими жителями. 3/4 пациентов (33 (75%) человека) – не работающие, из них 11 (33%) человек – пенсионеры или инвалиды.

Злоупотребление алкогольными напитками в анамнезе отмечено у 32 (88%) мужчин и 3 (34%) женщин.

Среднее время от появления первых симптомов заболевания до обращения в стационар составило $1,5 \pm 0,92$ суток. Обратились за медицинской помощью позднее 24 часов от момента появления первых симптомов заболевания 8 (17%) пациентов. Длительность стационарного лечения составила от 3 до 129 койко-дней, в среднем – $44 \pm 22,8$ койко-дня.

Консервативные методы лечения были применены у 12 (27%) пациентов. Остальным пациентам потребовалось оперативное вмешательство – 33 (73%) человека. Повторные оперативные вмешательства проводились у 21 (46%) пациента.

Во всех случаях оно было отсрочено, в среднем на $2,3 \pm 1,7$ суток от момента поступления. Решение об оперативном вмешательстве принималось на основании ухудшения клинической картины.

Выписаны с улучшением 8 (11%) человек, из них 1 (2,2%) отказался от дальнейшего лечения, с выздоровлением – 32 (71%) пациента. Летальные исходы зафиксированы в 5 (11%) случаях.

Вывод. Среди пациентов с панкреонекрозами преобладают лица мужского пола (80%). Средний возраст пациентов составил $49 \pm 11,8$ года. Находились в состоянии алкогольного опьянения 88% мужчин и 34% женщин. Среди пациентов преобладают неработающие – 75%. Хирургическое лечение проводилось в 73% случаев, оно было отсрочено на $2,3 \pm 1,7$ суток, повторные оперативные вмешательства проводились у 46% пациентов. Летальность составила 11%.

Список литературы:

1. **Алехова, Т.М.** Пути разрешения конфликтов при оказании хирургической помощи / Т.М. Алехова, Т.Д. Федосенко. – СПб., 2011. – С. 10–19.
2. **Савельева, В.С.** Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство / В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанд. – М.: Медицина, 2011. – С. 32–41.
3. **Савельева, В.С.** Клиническая хирургия: национальное руководство / В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2013. – Т. 2. – С. 144–156.
4. **Паскарь, С.В.** Оптимизация методов диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита на этапе специализированной медицинской помощи / С.В. Паскарь // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – № 4. – С. 14–17.

УДК: 616.248-072.85-053.2

М. К. Ермакова¹, И. В. Омелянюк², Л. П. Матвеева¹, Р. И. Ясавиева¹

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

¹Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии

²Центр аллергологии и иммунологии, г. Ижевск

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОБОСТРЕНИЯХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ермакова Маргарита Кузьминична – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 36-23-77, e-mail: ermakovamk2@rambler.ru; Омелянюк Ирина Валерьевна – врач-аллерголог; Матвеева Лариса Петровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Ясавиева Резеда Ильдусовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Проведен анализ влияния интеркуррентных ОРВИ на обострение бронхиальной астмы у детей. Показано, что ОРВИ способствует обострению бронхиальной астмы. Выявлены нарушения иммунного гомеостаза, избыточная продукция IgE, более выраженные у детей с обострением респираторных проявлений аллергии на фоне ОРВИ. Включение в комплексную терапию «Анаферона детского» оказывает положительный клинический и иммунологический эффект.

Ключевые слова: ОРВИ; бронхиальная астма; анаферон; дети

M. K. Ermakova¹, I. V. Omelyanyuk², L. P. Matveeva¹, R. I. Yasavieva¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

²Center for Allergology and Immunology, Izhevsk

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF EXACERBATIONS OF BRONCHIAL ASTHMA CAUSED BY INFECTIONS IN CHILDREN

Ermakova Margarita Kuzminichna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 36-23-77, e-mail: ermakovamk2@rambler.ru; **Omelyanyuk Irina Valeryevna** – Allergist; **Matveeva Larisa Petrovna** – Associate Professor Candidate of Medical Sciences; **Yasavieva Rezeda Ildusovna** – Lecturer Candidate of Medical Sciences

The authors conducted the analysis of the impact of intercurrent ARVI on exacerbation of bronchial asthma in children. It was shown that ARVI contributes to the exacerbation of asthma. Impairment of immune homeostasis and excess production of IgE were revealed, they were more pronounced in children with exacerbation of respiratory allergic manifestations in ARVI. A positive clinical and immunological effect was produced by including Anaferon for children in complex therapy.

Key words: acute respiratory viral infection (ARVI); bronchial asthma

Наиболее частой формой патологии в детском возрасте является острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Она является одним из основных факторов, способных вызывать обструкцию дыхательных путей, и может быть как триггером обострения бронхиальной астмы (БА), так и этиологическим фактором, формирующим БА у предрасположенных к ней детей [2].

В настоящее время БА превратилась в серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему у детей. Респираторные инфекции поражают эпителий дыхательных путей, способствуют гиперпродукции IgE, изменению в системе цитокинов, развитию гиперреактивности бронхов и сенсибилизации организма к неинфекционным аллергенам. Сенсибилизации способствуют как антигенные свойства самих вирусов, так и индуцируемое ими угнетение системы интерферона- γ (ИНФ- γ), а также усиление синтеза интерлейкина-4 (ИЛ-4) и IgE, поэтому стимуляция образования ИНФ- γ является перспективной для коррекции сдвига иммунного ответа в сторону Th-1 при БА [1].

При приступе БА на фоне ОРВИ усиливается базисная терапия, назначается симптоматическая бронхоспазмолитическая терапия. В распоряжении врача имеется достаточно большой спектр противовирусных и иммуномодулирующих препаратов, которые позволяют сократить длительность и снизить тяжесть инфекционного процесса.

Цель исследования: изучить клинико-иммунологические особенности детей с инфекционно-обусловленным обострением БА.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 97 пациентов, госпитализированных в детское пульмонологическое отделение БУЗ ГКБ № 7 г. Ижевска с диагнозом БА, приступ-

ный период. У 64 пациентов (составили группу наблюдения) кроме приступа астмы при поступлении выявлялись признаки ОРВИ, т.е. обострение было спровоцировано воздействием инфекционного фактора. Группу сравнения составили 33 пациента, поступившие в стационар с неинфекционным обострением астмы, произошедшим при контакте с причинно-значимым аллергеном. По степени тяжести обострения астмы пациенты групп наблюдения и сравнения статистически значимо также не различались. В группе наблюдения легкое течение приступа зафиксировано у 10 пациентов, в группе сравнения – у 7 детей; среднетяжелый приступ отмечен у 47 и 24 пациентов соответственно; с тяжелым приступом поступили в стационар 7 пациентов группы сравнения и 4 пациента группы наблюдения ($\chi^2 = 4,8$, $n'=2$, $p>0,05$). Средний возраст детей группы пациентов с ОРВИ составил $8,4 \pm 0,4$ года, группы пациентов без ОРВИ $8,1 \pm 0,5$ года ($p>0,05$).

Кроме того, обследовано 30 детей с БА и проявлениями ОРВИ, из них 16 человек получали традиционную терапию, 14 – в схему лечения включали Анаферон детский согласно инструкции фирмы-производителя. Группу контроля составили 10 детей аналогичного возраста с диагнозом «Острая респираторная инфекция», без признаков атопии в анамнезе. Обследование включало сбор анамнеза по специально разработанной анкете, состоящей из вопросов, касающихся наследственности, особенностей перинатального периода, аллергологического анамнеза, условий проживания ребенка; объективное обследование в динамике; полный анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и определение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов и эозинофилов;

расчет лейкоцитарного индекса интоксикации; исследование мазков из носоглотки методом иммунофлуоресценции на наличие респираторных вирусов; определение в сыворотке крови содержания общего *IgE*, ИФН- γ , ФНО- α , ИЛ-4 методом иммуно-ферментного анализа. Забор крови для исследования осуществлялся в 1–2-е сутки с момента поступления ребенка в стационар и на 7–10-й день.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что матери детей с инфекционно-обусловленным обострением астмы в 100 % случаев имели осложненное течение беременности: у 10,5 % регистрировалась анемия, у 26,3 % – гестозы, у 31,5 % – угроза прерывания беременности, 26,3 % женщин страдали урогенитальными инфекциями (хламидиоз, микоплазмоз), 21,0 % перенесли хотя бы один эпизод ОРВИ, у 42,1 % отмечались обострения хронической соматической и инфекционной патологии. На первом году жизни 73,6 % детей перенесли ОРВИ более 3 раз. Посещали детские дошкольные учреждения 84,2 % пациентов, у 73,6 % из них отмечено учащение приступов астмы. В благоустроенных квартирах проживало 85,0 % детей, в 68,4 % случаях с курящими родственниками, из которых 15,7 % курили в квартире. Одновременно с ОРВИ приступ развивался у 57,8 % обследованных, у остальных детей позже на 2–3 дня от начала инфекции. Профилактика ОРВИ проводилась у 42,1 % пациентов. На фоне обострения заболевания противовирусную и иммунокорректирующую терапию получали 26,3 % больных.

Вирусологически диагноз был подтвержден у 21,0 % пациентов. С одинаковой частотой выделялся вирус гриппа АЗ, гриппа В, парагриппа, аденовирус.

Количество лейкоцитов периферической крови у основного количества больных находилось в пределах нормы, имелась тенденция к незначительной относительной лимфопении. Лейкоцитарный индекс интоксикации у большинства пациентов был в пределах 0,3–1,5, значительное его повышение отмечено у детей с тяжелым приступом астмы.

Содержание общего *IgE* в сыворотке крови в 1–2 сутки от начала заболевания было повышено у всех обследованных, как у пациентов группы наблюдения – $475,4 \pm 74,9$ МЕ/мл, так и у детей группы сравнения – $265 \pm 20,6$ МЕ/мл. К 7–10 дню регистрировалось снижение общего *IgE* до $133,4 \pm 15,1$ МЕ/мл у детей группы срав-

нения и до $192,3 \pm 51,2$ МЕ/мл у детей группы наблюдения. Факт гиперпродукции *IgE* у детей при острых респираторных инфекциях отмечался многими исследователями и является следствием поликлональной стимуляции различных классов иммуноглобулинов в ответ на острую вирусную инфекцию.

Уровень сывороточного ИФН- γ у пациентов с БА при поступлении был достаточным и составил $40,5 \pm 14,8$ пг/мл. Содержание ФНО- α в группах обследуемых пациентов было значительно вариабельным, что при данном объеме выборки пока не позволяет оценить характер изменения указанного цитокина. Содержание ИЛ-4 у детей с респираторной инфекцией составило $11,8 \pm 0,6$ пг/мл, у детей с БА – $16,2 \pm 7,2$ пг/мл. К 7–10 дню от начала лечения зарегистрировано увеличение данного показателя до $45,5 \pm 18,4$ пг/мл у детей с приступом астмы.

В лечении применялась инфузионная терапия (в/в капельное введение эуфиллина, стероидов), ингаляционная терапия (β -2-агонисты короткого действия и ингаляционный глюкокортикостероид для небулайзерной терапии пульмикорт), десенсибилизирующие (антигистаминные препараты 2 поколения), муколитики (преимущественно препараты амброксола гидрохлорида). Базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами (наиболее часто применялись флутиказон и беклометазон) была продолжена и усилена кратковременным повышением суточной дозы препарата в среднем в 2 раза.

Включение в терапию Анаферона детского привело к укорочению лихорадочного и катарального периодов ОРВИ, приступного периода БА. В группе больных, получавших Анаферон детский, отмечено более выраженное снижение уровня общего *IgE* (до 186 ± 51 МЕ/мл против $192,3 \pm 51,2$ МЕ/мл в группе детей не получавших анаферон). Отмечен более высокий уровень ИФН- γ к 7–10 дню – $42,1 \pm 9,5$ пг/мл против $35,1 \pm 13,3$ пг/мл у детей, получавших стандартную терапию. Подобное длительное сохранение достаточно высокого уровня ИФН- γ в сыворотке крови может способствовать наиболее полной элиминации респираторных вирусов и препятствовать их персистенции в верхних дыхательных путях больных астмой. Положительные сдвиги отмечены также в отношении содержания ИЛ-4, уровень которого к 7–10 дню составил $18,6 \pm 6,2$ пг/мл против $45,5 \pm 18,4$ пг/мл в группе детей не получавших анаферон.

Вывод. Дети с инфекционно-обусловленными обострениями БА имеют эпизоды ОРВИ в анамнезе. Инфекционно-зависимое обострение БА приводит к повышению лейкоцитарного индекса интоксикации, избыточной продукции общего IgE, дисбалансу основных цитокинов ИФН- γ , ФНО- α , ИЛ-4. Комплексная терапия детей с обострением БА на фоне ОРВИ с включением

Анаферона детского оказывает положительный клинический и иммунологический эффект.

Список литературы:

1. Вирусная инфекция и аллергическая патология у детей / М. К. Ермакова [и др.] // Труды ИГМА: сб. статей. – 2014. – Т. 52. – С. 73–74.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4 изд., испр. и доп. – М., 2012. – 182 с.

УДК 616-089.168.1-06:616.859.1+616.33-008.3-036.22

Э. Р. Гараева¹, Э. П. Сорокин^{1,2}, Е. В. Шиляева²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гараева Элина Радиковна – интерн кафедры; Сорокин Эдуард Павлович – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 8 (3412) 66-58-33, email: ep.sorokin@yandex.ru; Шиляева Елена Викторовна – врач анестезиолог-реаниматолог

В работе представлены результаты исследования эпидемиологических особенностей синдрома послеоперационной тошноты и рвоты у пациентов общехирургического профиля.

Ключевые слова: послеоперационная тошнота и рвота; лапароскопическое оперативное вмешательство; обезболивание

E. R. Garaeva¹, E. P. Sorokin^{1,2}, Ye. V. Shilyaeva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Surgical Diseases with the Course of Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Municipal Clinical Hospital № 9, Izhevsk

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE SYNDROME OF POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING IN GENERAL SURGICAL PRACTICE

Garaeva Elina Radikovna – Intern; Sorokin Eduard Pavlovich – Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 426063, Izhevsk, 52 Promyshlennaya st., tel.: 8 (3412) 66-58-33, e-mail: ep.sorokin@yandex.ru; Shilyaeva Yelena Viktorovna – Intensivist

The work presents the results of a study of epidemiology of the syndrome of postoperative nausea and vomiting in patients in general surgical practice.

Key words: postoperative nausea and vomiting; laparoscopic surgery; analgesia

Послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) являются одними из наиболее частых видов осложнений при хирургических вмешательствах. Эти явления особенно характерны для абдоминальной хирургии, при которой их частота колеблется от 20% до 40% [1, 3]. Вследствие популяризации малоинвазивных методик хирургических вмешательств количество лапароскопических операций неуклонно растет. [3] Более высокая вероятность возникновения ПОТР при лапароскопической методике оперативного вмешательства обусловлена не только длительными манипуляциями, но и раздражающим действием CO₂ на брюшину вследствие сохранения остаточного карбоксиперитонеума в послеопе-

рационном периоде. На данный момент вопрос о тактике ведения пациента с ПОТР остается недостаточно изученным [3]. Между тем, даже самое эффективное и быстрое лечение возникшей ПОТР оставит негативное впечатление, поэтому первостепенным является предупреждение возникновения данного осложнения. Для этого необходимо выявление групп риска возникновения синдрома. К факторам, оказывающим влияние на развитие тошноты и рвоты, относятся некоторые особенности самого пациента, основная и сопутствующая патология, характер оперативного вмешательства и его локализация, фармакологическая характеристика медикаментозных средств, вид и характер анестезии [1, 4].

Цель исследования: выявить эпидемиологические особенности синдрома ПОТР у пациентов общехирургического профиля.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 61 пациента общехирургического профиля, пролеченных в стационаре БУЗ УР «РКБ № 1 МЗ УР» в период с декабря 2015 года по март 2016 года. Средний возраст пациентов составил $44,4 \pm 15,3$ года. Среди пациентов незначительно преобладали женщины – 33 (54%) пациента. Все пациенты получили оперативное лечение по поводу патологии органов брюшной полости в плановом порядке в условиях общей анестезии. В ходе исследования учитывались пол и возраст пациентов, вид оперативного вмешательства (лапаротомное или лапароскопическое), наличие премедикации, препараты, использованные для обезболивания в послеоперационном периоде, курение. Были сформированы две группы пациентов: основная (с синдромом ПОТР) – 27 человек и группа сравнения (без синдрома ПОТР) – 34 человека.

Для обработки материалов исследования использовалась программа *Microsoft Office Excel*, были вычислены *t*-критерий Стьюдента и коэффициент корреляции. В ходе исследования соблюдены основные принципы биомедицинской этики.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди пациентов с синдромом ПОТР преобладали женщины – 19 (70,4%) человек. В группе сравнения женщины составили меньшинство – 14 (41,2%) человек. Таким образом, женский пол является predisposing фактором развития синдрома ПОТР. Наиболее часто синдром ПОТР возникал в возрастных группах 31–40 лет

и 51–60 лет (по 25,9% в обеих группах). В основной группе также преобладали пациенты, не имеющие зависимости от табакокурения – 23 (83,6%) человека. В группе сравнения таковых было 19 (55,9%). 16 (59,3%) пациентам с синдромом ПОТР было проведено лапароскопическое оперативное вмешательство. Пациентам, у которых синдром ПОТР не наблюдался – 25 (73,5%) человек – чаще проводились оперативные вмешательства лапаротомным способом. Большинству пациентов с синдромом ПОТР – 26 (96,3%) – в послеоперационном периоде с целью обезболивания вводился трамадол. Кеторол применялся у 18 (67,6%) пациентов основной группы и у 9 (26,5%) пациентов группы сравнения.

Вывод. Синдром ПОТР чаще развивается у пациентов женского пола, не имеющих в анамнезе зависимость от табака, прооперированных лапароскопическим способом, у которых для послеоперационного обезболивания применялся трамадол.

Список литературы:

1. Буров, Н.Е. Тошнота и рвота в клинической практике (этиология, патогенез, профилактика и лечение) / Н.Е. Буров // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 8. – С. 390.
2. Заболотских, И.Б. Послеоперационная тошнота и рвота: механизмы, факторы риска, прогноз и профилактика / И.Б. Заболотских. – М.: Практическая медицина, 2009. – 96 с.
3. Копосов, П.В. Оптимизация профилактики и лечения послеоперационной тошноты и рвоты / П.В. Копосов, И.В. Нехаев, А.А. Иванов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 11. – С. 87–89.
4. Оценка риска послеоперационной тошноты и рвоты при эндовидеохирургических вмешательствах на желчных путях / А.А. Касаткин [и др.] // Всероссийский пленум правления по эндоскопической хирургии. – Ижевск, 2013.

УДК 616.314-77-089.22:615.463.464

И. С. Рединов, О. В. Головатенко, О. О. Страх, Н. А. Шевкунова, С. И. Метелица

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

ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ФИКСИРУЮЩЕГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Рединов Иван Семенович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (912)440-10-44, e-mail: miracle-dent@mail.ru; Головатенко Ольга Викторовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Страх Оксана Олеговна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Шевкунова Наталья Алексеевна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Метелица Светлана Ивановна – ассистент кафедры

В работе представлены данные о наиболее популярных материалах для фиксации металлокерамических протезов, применяемых врачами-стоматологами ортопедомы Удмуртской Республики.

Ключевые слова: фиксирующие материалы; металлокерамические зубные протезы

I. S. Redinov, O. V. Golovatenko, O.O. Strakh, N. A. Shevkunova, S. I. Metelitsa

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Prosthodontics

IMPORTANCE OF SELECTING LUTING AGENTS FOR METAL-CERAMIC RESTORATION

Redinov Ivan Semyonovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (912)440-10-44, e-mail: miracle-dent@mail.ru; **Golovatenko Olga Viktorovna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Strakh Oksana Olegovna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Shevkunova Natalya Alekseyevna** — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; **Metelitsa Svetlana Ivanovna** — Lecturer

The article presents the data on the materials for fixing metal-ceramic restoration that are most popular among prosthodontists of the Udmurt Republic

Key words: luting agents; metal-ceramic restoration

В последние годы в клинике ортопедической стоматологии широкое распространение получили металлокерамические конструкции зубных протезов. Однако неудачное протезирование металлокерамическими протезами составляет около 20–26% [1].

Наиболее частой причиной снятия несъемных протезов является расцементировка коронок, которая обусловлена различными факторами [4]. Ещё в 1961 году Кауфман сгруппировал факторы, влияющие на ретенцию, в 3 группы: первая группа обобщает требования к культе зуба, вторая собирает в себе требования к искусственной коронке, а в третьей группе объединены требования к фиксирующему материалу [2]. Исследования по первой группе факторов, проведенные на кафедре ортопедической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА), выявили невысокое качество препарирования зубов под металлокерамические коронки [3]. Так, завышенные значения конусности культы зубов, препарированных под металлокерамические коронки (более 12°) встречались в 25–100% случаев в зависимости от группы зубов. Особенно серьезные отклонения от правил препарирования зубов определены в группе моляров, где определялась наименьшая высота культы, а значения конусности превышали общепринятые в несколько раз. Однако часто создание низкой культы при препарировании зуба под коронки продиктовано клинической ситуацией в полости рта. В этих случаях для фиксации ортопедических конструкций необходимо выбирать материал с более высокими показателями адгезионной прочности соединения. Также необходимо учитывать физико-химические свойства тканей, служащих опорой металлоке-

рамическим протезам. По мнению большинства авторов, фиксация коронки обеспечивается в основном адгезией материала к поверхности эмали, дентинная адгезия существенно ниже и некоторыми авторами вообще ставится под сомнение [5]. При значительном разрушении коронковой части зуб, как правило, предварительно укрепляют культовой штифтовой вкладкой, поверхность которой может достигать более 50% от общей площади поверхности культы. В этих случаях важна качественная фиксация двух металлических поверхностей. Для обеспечения долговременного функционирования протезов врачу необходимо осуществлять дифференцированный подход при выборе цемента в зависимости от клинической ситуации в полости рта и типа скрепляемых поверхностей.

Цель исследования: установить наиболее часто применяемые врачами-ортопедами материалы для фиксации металлокерамических коронок.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами была разработана анкета и опрошены 56 врачей-ортопедов Удмуртской Республики. Анкета включала следующие вопросы:

1. Какой фиксирующий цемент Вы используете в повседневной практике для фиксации металлокерамических коронок? Укажите два наиболее часто используемых.
2. Какой материал Вы считаете оптимальным для фиксации металлокерамических коронок на зубы с интактной пульпой?
3. Какой материал Вы считаете оптимальным для фиксации металлокерамических коронок на зубы, восстановленные литыми культевыми штифтовыми вкладками?

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что для фиксации металлокерамических коронок врачи используют различные виды цемента: стеклоиономерные (*Fuji I*, *Ketac Cem*), стеклоиономерные усиленные композитами (*Fuji plus*), цинк-фосфатные (Уницем, Унифас). Цементом *Fuji I* пользуются 69,9% опрошенных, *Fuji plus* – 26,8%, *Ketac Cem* – 26,8%, Унифас – 17,9%, другие цементы указали 3,6% респондентов.

Оптимальным материалом для фиксации металлокерамических коронок на зубы с интактной пульпой считают *Fuji I* 32,1% опрошенных, Унифас – 17,9%, *Ketac Cem* – 12,5%, *Fuji plus* – 10,7%, другие материалы указали 10,7% респондентов. Следует отметить, что 16,1% опрошенных не фиксируют металлокерамические протезы на зубы с интактной пульпой.

Для фиксации металлокерамических коронок на зубы, восстановленные литыми культевыми штифтовыми вкладками, оптимальным материалом считают *Fuji I* 55,4% опрошенных, *Ketac Cem* – 21,4%, Унифас – 21,4%, *Fuji plus* – 12,5%, другие цементы указали 3,6% респондентов.

Из полученных данных видно, что более 50% врачей-ортопедов в своей работе преимущественно используют традиционные стеклоиономерные цементы для фиксации. Кроме того, при более глубоком исследовании анкет выявлено, что врачами используется один вид фиксирующего цемента вне зависимости от клинической ситуации и типа скрепляемых поверхностей.

Такой подход может влиять на долгосрочный прогноз функционирования несъемных металлокерамических протезов.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что наиболее популярным материалом для фиксации металлокерамических конструкций является традиционный стеклоиономерный цемент *Fuji I*. Следует отметить, что врачи-стоматологи ортопеды уделяют недостаточно внимания вопросам выбора фиксирующего материала для металлокерамических зубных протезов, работают предпочтительно одним видом фиксирующего цемента, без учета клинической ситуации в полости рта и типа скрепляемых поверхностей.

Список литературы:

1. Закономерности развития исходов лечения несъемными протезами с учетом сроков пользования, по данным клинико-эпидемиологического исследования / А. Ю. Малый [и др.] // Гармонизация лечебных и учебных процессов в ортопедической стоматологии: сборник науч. трудов. – Москва, 2009. – С. 218–222.
2. Основы несъемного протезирования / Г. Шиллинбург [и др.]. – М.: «Квинтэссенция», 2008. – 563 с.
3. Оценка качества препарирования зубов под металлокерамические коронки / И. С. Рединов [и др.] // Современная стоматология: образование, наука и практика: материалы XVIII научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Великой Победы и 35-летию стоматологического факультета Ижевской государственной медицинской академии. 18 сентября 2015 года, г. Ижевск. – Ижевск: ООО «Атлант», 2015. – С. 37.
4. Трезубов, В. Н. Отдаленные результаты протезирования металлокерамическими конструкциями / В. Н. Трезубов // Стоматология. – 1996. – № 3. – С. 485–487.
5. Lin, A. Studies on the adhesion of glass-ionomer cements to dentine / A. Lin, N.S. McIntyre, R.D. Davidson // J. Dent. Res. – 1992. – Vol. 71. – P. 1836–1841.

УДК 616. 314. 163-085: 615. 468. 28. 465

А. В. Субботина, Н. Р. Дмитрикова, Л. Р. Муртазина, Э. И. Файзуллина

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

ОЦЕНКА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АКТИВАЦИЕЙ

Субботина Анна Валерьевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (912)763-20-39, e-mail: Anutik69@mail.ru; Дмитрикова Наталия Рашидовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Муртазина Лилия Равиловна – врач-стоматолог общей практики; Файзуллина Эльвира Ильдаровна – врач-стоматолог общей практики

Приведены сравнительные сведения об obturации корневых каналов зубов различными методами. Полученные в ходе исследования результаты показали, что применение метода латеральной конденсации гуттаперчи с ультразвуковой активацией позволяет добиться герметичной obturации апикальной части корневого канала.

Ключевые слова: корневой канал; методика пломбирования; гуттаперча; ультразвуковая активация

A. V. Subbotina, N. R. Dmitrakova, L. R. Murtazina, E. I. Faizullina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Restorative Dentistry

EVALUATION OF ROOT CANAL OBTURATION BY LATERAL CONDENSATION OF GUTTA-PERCHA WITH ULTRASOUND ACTIVATION

Subbotina Anna Valeryevna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (912) 763-20-39, e-mail: Anutik69@mail.ru; Dmitrakova Natalia Rashidovna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; Murtazina Liliya Ravilevna – dentist general practice; Elvira Ildarovna Faizullina – dentist general practice

The article presents comparative data about different methods of tooth root canal obturation. The results obtained in the research have shown that using lateral condensation of gutta-percha with ultrasonic activation allows the hermetic obturation of the apical part of the root canal.

Key words: root canal; method of filling; gutta-percha; ultrasound activation

Проблема лечения пациентов с эндодонтической патологией в настоящее время является одной из актуальных в терапевтической стоматологии, поскольку распространенность осложнений кариеса остается высокой и составляет 79,4% [5]. Возникновение хронического одонтогенного очага в результате некачественного эндодонтического лечения в 85–98% является причиной развития воспалительных процессов челюстно-лицевой области [4].

Долгосрочность результата эндодонтического лечения и дальнейший прогноз зависят от качества выполнения трех основных этапов: механической обработки, медикаментозной обработки и obturации корневого канала. Прогноз во многом определяется качеством проведения заключительного этапа лечения – пломбирования корневого канала зуба [1]. По данным разных авторов, неэффективность эндодонтического лечения в 60% случаев связана с некачественным пломбированием корневых каналов [5, 2]. Согласно современным требованиям, критерием качественной obturации корневого канала является его трехмерная obturация и герметизация апикального отверстия на уровне дентинно-цементного соединения биологически инертным и стабильным материалом. В настоящее время существует множество различных методик пломбирования корневых каналов, однако, в наибольшей степени существующим требованиям отвечают методы пломбирования гуттаперчей с силером.

По статистике, от 60 до 70% стоматологов нашей страны выбирают латеральную конденсацию гуттаперчи как метод достаточно простой в освоении и не требующий больших материальных затрат [3]. Однако, многочисленные исследования показали, что obturация корневых каналов методом латеральной конденсации не обеспечивает достаточную герметизацию каналов, что

впоследствии приводит к необходимости повторного эндодонтического лечения [6, 7].

Цель исследования: оценить качество пломбирования апикальной части корневого канала методом латеральной конденсации гуттаперчи с ультразвуковой активацией.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на 36 удаленных однокорневых зубах. Корневые каналы зубов препарировали инструментами *Pro Taper* в технике *Crown Down*, апикальную часть расширяли до размера 30 по ISO. Зубы были распределены случайным образом на три группы. В первой группе корневые каналы пломбировали методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи (ЛК) по методике Е. В. Боровского (2003), во второй группе – методом латеральной конденсации с уплотнением основного штифта гладкой ультразвуковой насадкой в течение 30–40 секунд на средней мощности, введенной на 2 мм короче рабочей длины (УЗ), в третьей группе каналы obturировали методом вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи (ВК). Для определения качества пломбирования корневого канала проводилась визиография. Все зубы покрывали двумя слоями изоляционного лака кроме нижней трети корня и выдерживали в воде при температуре 37 °С в течение двух недель. После этого окрашивали в 1% растворе метиленового синего в течение 48 часов и обезживали. Глубину проникновения красителя в корневой канал от физиологической верхушки измеряли на продольных срезах зубов в мм при помощи микрометра с использованием микроскопа с увеличением в 8 раз.

Проведено анкетирование 46 врачей Удмуртской Республики, из которых 26 работают на платном и 20 на бесплатном приеме.

Результаты исследования и их обсуждение. В первой группе диффузия красителя наблюдалась в 89% случаев, во второй группе – в 77%,

в третьей группе – в 48 %. Среднее значение глубины проникновения красителя для группы с использованием ЛК составило $1,14 \pm 0,4$ мм с нижним значением 0,2 мм и верхним – 1,8 мм. В группе с использованием УЗ среднее значение было $0,53 \pm 0,14$ мм с нижним и верхним значениями 0 мм и 0,7 мм соответственно. В группе с ВК краситель проник на минимальную глубину: среднее значение – $0,31 \pm 0,08$ мм с нижним значением 0 мм и верхним значением 0,4 мм. Различия между первой и второй, и первой и третьей группами было достоверным ($p < 0,05$). Достоверного различия между второй и третьей группами не выявлено ($p > 0,05$).

При подведении итогов анкетирования среди врачей Удмуртской Республики получены следующие результаты: в своей работе каждый врач применяет несколько методик пломбирования корневых каналов, при этом большинство врачей отдает предпочтение методу латеральной конденсации холодной гуттаперчи – 87 % врачей, ведущих платный прием, и 82 % врачей, работающих на бесплатном приеме. 32 % врачей, осуществляющих платный прием, пломбируют корневые каналы методом одного штифта и лишь 13 % используют в своей работе метод вертикальной конденсации разогретой гуттаперчи. При оказании бесплатной стоматологической помощи 45 % врачей для пломбирования корневых каналов применяют метод одного штифта и 54 % пломбируют каналы зубов методом одной пасты, который в настоящее время не рекомендован к применению Стоматологической Ассоциацией России. Ультразвук для уплотнения гуттаперчи при латеральной конденсации в своей практике не использует ни один из вра-

чей, принявших участие в анкетировании и работающих на бесплатном приеме, и только 19 % врачей, ведущих платный прием пациентов.

Вывод. Метод латеральной конденсации гуттаперчи с ультразвуковой активацией является более эффективным в сравнении с методом латеральной конденсации и позволяет добиться герметичной obturation апикальной части корневого канала.

В клинической практике врачи Удмуртской Республики применяют различные методики obturation корневых каналов. Выбор метода пломбирования каналов зубов во многом зависит не только от конкретной клинической ситуации и навыков врача, но и от материального обеспечения рабочего места.

Список литературы:

1. Беер, Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Р. Беер, М. А. Бауман, А. М. Киельбаса. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 239 с.
2. Козн, С. Эндодонтия / С. Козн, Р. Бернс. – СПб.: НПО Мир и семья-95, ООО «Интерлайн», 2000. – 696 с.
3. Николаев, А. И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – 8-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 960 с.
4. Попов, С. Н. Оценка качества эндодонтической обработки корневого канала зуба методом лазерной флюоресценции / С. Н. Попов, В. И. Гунько, М. Т. Александров // Материалы XXIII и XXIV Всерос. науч. конф. – Москва: ООО «Денталь», 2010. – С. 41–44.
5. Распространенность осложнений кариеса зубов / А. Ж. Петрикас [и др.] // Стоматология. – 2014. – № 1. – С. 19–20.
6. Сравнительная оценка эффективности методов обработки и пломбирования корневых каналов с использованием современных технологий / Н. М. Батюков [и др.] // Клиническая эндодонтия. – 2007. – № 3–4. – С. 22–27.
7. Inactivation of local root canal medicaments by dentine, an in vitro study / H. K. Naapasalo [et al.] // Int. Endod. J. 2000. – Vol. 33. – P. 126–131.

УДК 616.314-002-08:616-003.725

И. Г. Малахова¹, А. Е. Шкляев¹, А. Г. Бессонов², Е. М. Матюшина²

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

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Малахова Инесса Геннадьевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Шкляев Алексей Евгеньевич – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; Бессонов Алексей Геннадьевич – заведующий отделением; Матюшина Елена Михайловна – врач отделения

Авторами статьи обобщен и представлен собственный опыт применения биологической терапии (инфликсимаб) при воспалительных заболеваниях кишечника – язвенном колите и болезни Крона.

Ключевые слова: язвенный колит; болезнь Крона; инфликсимаб; биологическая терапия

I. G. Malakhova¹, A. Ye. Shklyayev¹, A. G. Bessonov², Ye. M. Matushina²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Republic Clinical Hospital No. 1, Izhevsk

Department of Gastroenterology

EXPERIENCE OF USING BIOLOGICAL THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Malakhova Inessa Gennadyevna – Lecturer Candidate of Medical Sciences; **Shklyayev Alexey Yevgenyevich** – Professor Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; **Bessonov Aleksey Gennadyevich** – Head of the Department; **Matushina Yelena Mikhailovna** – Physician

The authors summarize and present their own experience of using biological therapy (infliximab) in inflammatory bowel diseases - ulcerative colitis and Crohn's disease.

Key words: ulcerative colitis; Crohn's disease; infliximab; biological therapy

В течение многих лет для лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) применяли следующие препараты базисной терапии: аминосалицилаты и производные 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры. Однако недостаточная эффективность существующей базисной терапии ВЗК, формирование рефрактерных форм заболевания (в 35 % случаев всех ВЗК) и более глубокое понимание патогенеза, лежащего в основе болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК), привели к разработке нового метода лечения – биологической терапии, основанной на иммунологической теории воспалительного процесса [1, 3].

Наиболее широкое применение в лечении ВЗК нашли методы с использованием моноклональных антител (химерных, полностью человеческих), рекомбинантных человеческих протеинов с иммунорегуляторными эффектами. Первым из данной группы в клиническую практику вошел препарат под названием инфликсимаб, представляющий собой химерное антитело к ФНО- α . Он содержит 25 % компонентов мышиного и 75 % человеческого иммуноглобулина G1. Инфликсимаб блокирует растворимый и мембраносвязанный ФНО- α , что приводит к активации комплемента и цитолизу клеток воспалительного инфильтрата через механизм антителозависимой цитотоксичности [2].

Инфликсимаб используется за рубежом с 90-х годов прошлого века, а в России зарегистрирован в 2001 году. К настоящему времени этот препарат получили уже около 1 млн 200 тыс. пациентов с ВЗК во всем мире. Первые публикации об успешном применении инфликсимаба вызвали некоторую эйфорию, однако вслед за этим появились и «отрезвляющие» сообщения о неудачах и серьезных побочных явлениях, иногда приводивших к летальным исходам. Именно по инфликсимабу имеется

наибольшая база данных по безопасности применения [4]. В связи с ростом числа воспалительных заболеваний кишечника в Удмуртской Республике, частым выявлением тяжелых форм с развитием гормонозависимости и гормонорезистентности, целесообразно обобщить и представить собственный опыт применения биологической терапии при язвенном колите и болезни Крона.

Цель работы: дать оценку эффективности применения биологической терапии при воспалительных заболеваниях кишечника в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска.

Материалы и методы исследования. За двухлетний период (2014–2016 гг.) в отделении гастроэнтерологии БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска терапию инфликсимабом получили 10 пациентов, из них 5 – с болезнью Крона и 5 – с язвенным колитом.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 37 лет, средний возраст составил $32,3 \pm 5,6$ года. Длительность заболевания на момент начала терапии составила в среднем $2,94 \pm 0,17$ года.

У всех пациентов (5 человек) с болезнью Крона было установлено тотальное поражение толстой кишки, при этом у 3 из них выявлено также поражение тощей кишки, и у 2 больных – поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. У 2 больных зафиксированы осложнения: у одной сформировался ректовагинальный свищ, у другого выявлены полиартрит, псориаз и увеит, обострение которых начиналось при снижении дозы стероидной терапии. Из всех пациентов с болезнью Крона у 4 зафиксирована гормонозависимость, и у 1 – гормонорезистентность, что в результате и явилось показанием для проведения биологической терапии.

Из 5 пациентов с язвенным колитом тотальное поражение толстой кишки зафиксировано у 3 больных, левостороннее – у 2 человек. При этом у 1 пациента выявлено осложнение – артрит коленных и голеностопных суставов, у 3 пациентов зафиксирована гормонозависимость, у 2 пациентов – гормонорезистентность, что послужило поводом для проведения терапии инфликсимабом.

Активность патологического процесса при БК оценивали по индексу активности (Беста). На момент назначения инфликсимаба индекс активности болезни варьировал от 105 до 326 баллов (в среднем $225,1 \pm 54,62$). Из всех наблюдаемых пациентов у 8 человек зафиксирована умеренная активность, а у двух – выраженная активность воспалительного процесса.

Пациентам в гастроэнтерологическом отделении было проведено 9 индукционных курсов, так как 1 больной получил индукционную терапию в другой медицинской организации. Препарат вводился в соответствии с инструкцией из расчета 5 мг/кг массы тела. Индукционный курс включал 3 введения препарата по схеме 0–2–6 недель. Инфузионных реакций при введении инфликсимаба с премедикацией преднизолоном не отмечено.

Поддерживающее лечение различной длительности проводилось планово после индукционного курса с регулярными инфузиями инфликсимаба каждые 8 недель.

У всех больных с ЯК (5 человек) клиническая ремиссия достигнута после второго введения инфликсимаба, эндоскопическая – после третьего. Среди пациентов с БК у 4 человек клиническая ремиссия достигнута после второго введения препарата, эндоскопическая – после третьего введения, у 1 пациента клиническая

ремиссия зафиксирована после четвертого введения, эндоскопическая – после пятой инфузии инфликсимаба. На фоне инфликсимаба свободную от стероидов ремиссию удалось достичь у всех пациентов с БК и ЯК. Одновременно с поддерживающей терапией инфликсимабом все пациенты получали азатиоприн, при этом за время наблюдения (от 6 месяцев до 2 лет после начала биологической терапии) обострения заболеваний отмечено не было.

Вывод. Воспалительные заболевания кишечника являются серьезной медико-социальной проблемой, приводящей к ранней инвалидизации лиц преимущественно трудоспособного возраста, требующей значительных финансовых затрат на лечение и содержание данной категории пациентов. Накопленный нами опыт применения инфликсимаба в лечении ВЗК свидетельствует о его высокой эффективности в достижении и поддержании стойкой ремиссии по сравнению со стандартной базисной терапией у пациентов с рефрактерными формами. Однако, для точного определения у этих средств отношения «риск – выгода» необходимы более длительные сравнительные исследования.

Список литературы:

1. Воспалительные заболевания кишечника – диагностические и терапевтические стратегии: фальк-симпозиум № 154, Москва, 9–10 июня 2006 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.dralfalkpharma.ru/Moscow-2006.
2. Опыт применения ремикейда (инфликсимаба) у больных болезнью Крона: материалы VI Международного Славянско-Балтийского научного форума/Н. А. Морозова [и др.] // Гастроэнтерология. – 2004. – № 9. – С. 64–67.
3. Халиф, И. Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И. Л. Халиф, И. Д. Лоранская. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
4. Concomitant immunosuppression does not impact on the outcome of maintenance infliximab therapy in Crohn's disease: final results of the IMID trial / G. P. Van Assche [et al.] // Gastroenterology. – 2007. – № 3. – P. 734.

УДК 616.314-77-089.23:616-082

И. С. Рединов, С. И. Метелица, О. В. Головатенко, А. В. Рябинин

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

РЕЗЕРВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПЕРВИЧНО- И ПОВТОРНОПРОТЕЗИРУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Рединов Иван Семенович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Метелица Светлана Ивановна – ассистент кафедры; 426050, г. Ижевск, ул. Буммашевская, д. 47, кв. 46, тел. 8 (909) 052-11-70, e-mail: metelica-sveta@mail.ru; Головатенко Ольга Викторовна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Рябинин Александр Викторович – ординатор кафедры

Полное отсутствие зубов способствует изменению морфо-функциональных параметров полости рта. Следует учитывать данные особенности при протезировании больных с полным отсутствием зубов при выборе метода получения функциональных оттисков у первично- и повторнопротезируемых пациентов.

Ключевые слова: полное отсутствие зубов; полные съемные протезы; первичнопротезируемые; повторнопротезируемые

I. S. Redinov, S. I. Metelitsa, O. V. Golovatenko, A. V. Ryabinin

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Prosthodontics

RESERVES OF INCREASING EFFECTIVENESS OF MEDICAL CARE FOR THE PATIENTS WITH COMPLETE EDENTULISM IN PRIMARY AND REPEAT REPLACEMENT OF MISSING TEETH

Redinov Ivan Semyonovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Metelitsa Svetlana Ivanovna — Lecturer; 426050, Izhevsk, 47 Bummashevskaya st., tel. 8 (909) 052-11-70, e-mail: metelica-sveta@mail.ru; Golovatenko Olga Viktorovna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; Ryabinin Alexandr Viktorovich — Resident

Complete edentulism promotes changes in morphological and functional parameters of the oral cavity. These features should be considered in application of dentures in patients with complete edentulism while choosing a method of making functional impressions in primary and repeat replacement of missing teeth.

Key words: complete edentulism; complete dentures; patients with primary replacement of missing teeth; patients with repeat replacement of missing teeth

Известно, что морфо-функциональные изменения в челюстно-лицевой области у пациентов с полным отсутствием зубов имеют прогрессирующий характер и затрудняют в последующем адаптацию к новым полным съемным протезам [3, 4, 2, 7, 9, 11, 12]. Многие авторы отмечают, что необходимость в совершенствовании методов протезирования полными съемными протезами довольно высока [1, 5, 6, 8, 10].

Цель исследования: разработка методик повышения эффективности медицинской помощи первично- и повторнопротезируемым пациентам с полным отсутствием зубов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 пациентов с полным отсутствием зубов, обратившихся за ортопедической помощью на кафедру ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» (ГБОУ ВПО ИГМА), располагающегося в БУЗ МЗ РСР. Все пациенты были разделены на три группы, первую группу составили 30 пациентов, протезируемых первично, вторую группу составили 25 человек, протезируемых повторно по стандартной методике, и третью группу составили 25 человек, протезируемых повторно с применением усовершенствованных методик. Для повышения эффективности протезирования пациентов были разработаны методы протезирования на верхней челюсти (заявка на изобретение № 2015120983/14), и метод протезирования беззубой нижней челюсти (патент № 2578100 на изобретение. Запись о регистрации изобретения внесена в Государственный реестр изобретений Российской Федерации 19 февраля 2016 г.).

Оценку эффективности протезирования проводили по восстановлению функций глотания и жевания в период адаптации к протезам. Функцию глотания оценивали по методу И. С. Ре-

динова (2000), жевательную эффективность по И. С. Рубинову (1956).

При расчете статистических параметров оценивалась средняя арифметическая взвешенная (M), ошибка репрезентативности (m), критерий Стьюдента, угловой преобразователь Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение. Процесс восстановления функции глотания у пациентов представлен на рисунке 1.

Сильнее всего страдает функция глотания у пациентов, протезируемых первично (первая группа), во второй и третьей группах (у повторно протезируемых) пациентов функция глотания восстанавливается быстрее, особенно у пациентов третьей группы ($t=4,28$, $p<0,001$). Так, если к 14-му дню адаптации к полным съемным протезам у пациентов второй и третьей групп функция глотания осуществляется практически одинаково, но по сравнению с первой группой имеется существенная разница ($t_{1-2}=2,15$, $p_{1-2}<0,05$), ($t_{1-3}=3,13$, $p_{1-3}<0,01$), то на 30-й день пользования протезами функция глотания в третьей группе улучшается по сравнению с первой в 1,6 раза ($t=3,39$, $p<0,01$), а по сравнению со второй в 1,2 раза ($t=2,05$, $p<0,05$).

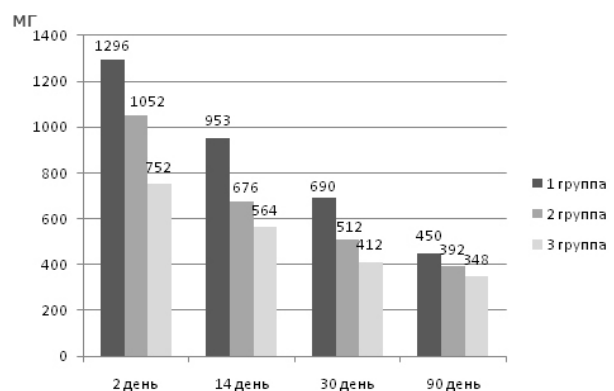


Рис. 1. Сравнительная характеристика процесса восстановления функции глотания в период адаптации у пациентов обследуемых групп

Процесс восстановления времени жевания у пациентов обследуемых групп представлен на рисунке 2.

Степень восстановления функции жевания имеет такую же тенденцию у пациентов третьей группы по сравнению с обследованными пациентами второй и первой группы, как и функция глотания. То есть, если у пациентов третьей группы время жевания пищевого комка уже на 2-й день после ортопедического лечения сокращается на 2–3 секунды, то эта разница сохраняется на всем протяжении всего периода наблюдения ($t=2,06$, $p<0,05$). Такая же закономерность отмечается и на 30-й и на 90-й день. При этом, в показателях времени жевания между третьей группой и группами сравнения (первой и второй) сохраняется постоянная существенная разница со 2-го дня наблюдения по 180-й день.

Изменение жевательной эффективности представлено на рисунке 3.

Жевательная эффективность у пациентов третьей группы достоверно выше на протяжении всего периода адаптации. На 2-й день жевательная эффективность у пациентов первой и второй групп примерно одинаковая, но у пациентов третьей группы достоверно выше ($t_{1-3}=5,00$, $p_{1-3}<0,001$; $t_{2-3}=4,07$, $p_{2-3}<0,001$). На 14-й день ситуация аналогичная ($t_{1-3}=5,67$, $p_{1-3}<0,001$; $t_{2-3}=4,88$, $p_{2-3}<0,001$). В последующие дни прослеживается такая же закономерность.

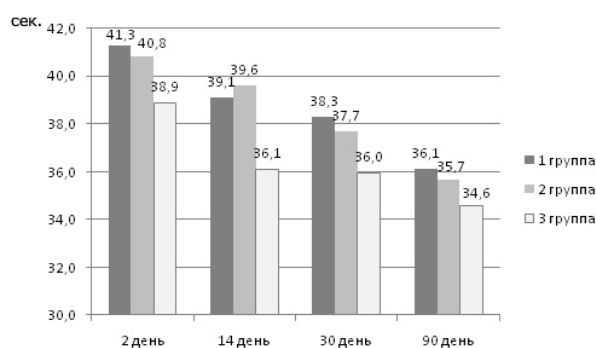


Рис. 2. Процесс восстановления времени жевания в динамике адаптации у пациентов обследуемых групп

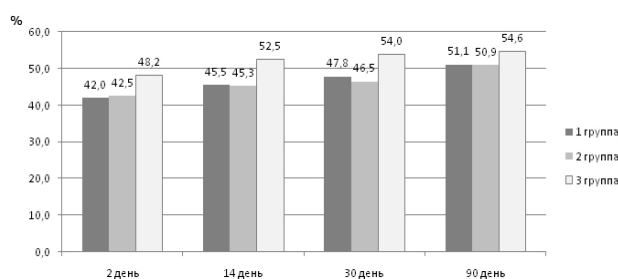


Рис. 3. Изменение жевательной эффективности в период адаптации у пациентов обследуемых групп

Таким образом, установлено, что лечение повторно протезируемых пациентов с применением предлагаемых нами методик позволяет улучшать фиксацию и стабилизацию полных съемных протезов и сокращать сроки адаптации к зубным протезам, повышать их функциональные свойства.

Список литературы:

1. **Воронов, А.П.** Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: учебное пособие / А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов. – М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – С. 320.
2. Динамика адаптационных изменений органов полости рта у пациентов протезирующихся полными съемными протезами / И.С. Рединов [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. – № 17. – С. 68–70.
3. **Загорский, В.А.** Протезирование больных при полной адентии с опорой на имплантаты (теория и анализ клинического материала) / В.А. Загорский, А.А. Бахтинов, В.В. Загорский // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2010. – № 3. – С. 28–32.
4. **Лебеденко, И.Ю.** Ортопедическая стоматология / И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзян. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 364 с.
5. Мотивационные предпосылки и особенности обращаемости населения за ортопедической помощью в ЦНИИС / А.В. Алимский [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – № 1 (12). – С. 56–61.
6. **Рединов, И.С.** Совершенствование методики повторного протезирования пациентов с полным отсутствием зубов / И.С. Рединов и соавт. // Труды Ижевской государственной медицинской академии: сборник научных статей. – Том 52. – Ижевск, 2014. – С. 109–110.
7. **Саввиди, К.Г.** Клинико-лабораторные приемы, способствующие привыканию к полным съемным пластинчатым протезам пациентам пожилого и преклонного возраста с неблагоприятными клиническими условиями полости рта / К.Г. Саввиди // Стоматология. – 2007. – № 2. – С. 66–67.
8. **Садыков, М.И.** Способ установления и фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов / М.И. Садыков, А.С. Зиньковская // Роль науки в развитии общества: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Уфа: Аэтерна, 2014. – С. 212–219.
9. **Свирин, Б.В.** Получение функционального слепка с верхней и нижней челюсти после полной утраты зубов, обусловленной заболеваниями пародонта / Б.В. Свирин // Современная ортопедическая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 50–52.
10. Современные технологии в стоматологии / А.А. Кулаков [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 6. – С. 55–60.
11. **Berg, E.** The influence of cusped and cusplless teeth on patient satisfaction with complete dentures. A 2-year follow-up study / E. Berg // J. Dent. – 1988. – Vol. 16, № 6. – P. 269–276.
12. **Marxkors, R.** Полные съемные протезы / R. Marxkors // Новое в стоматологии. – 2004. – № 6. – С. 36–47.

УДК 616-006.446.8-08

Е. Н. Никитин¹, О. И. Мясникова², Р. Р. Ахкиямов¹¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии²БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОМИЕЛОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА

Никитин Евгений Николаевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 46-85-36, моб. 8-912-76-46-333, e-mail: nikitinen@list.ru; Мясникова Ольга Ивановна — врач-гематолог; Ахкиямов Равиль Рафикович — интерн

Представлены клиническая характеристика и результаты лечения 15 больных острым промиелоцитарным лейкозом, в том числе случая заболевания впервые возникшего у беременной женщины на сроке 24–25 недель. Пациенты получали программную химиотерапию по схеме «7+3+ATRA (полностью транс-ретиноевая кислота)». Пятилетняя общая выживаемость больных острым промиелоцитарным лейкозом составила 86%, безрецидивная выживаемость — 94% и вероятность сохранения полной ремиссии — 80%, а семилетняя, соответственно, 86%, 73% и 60%.

Ключевые слова: острый промиелоцитарный лейкоз; клиника; химиотерапия; выживаемость больных

E. N. Nikitin¹, O. I. Myasnikova², P. P. Akhkiyamov¹¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Chair of Intermediate Level Therapy with Courses in Endocrinology and Hematology

²First Republican Clinical Hospital, Izhevsk

CLINICAL CHARACTERISTIC AND TREATMENT EXPERIENCE OF ACUTE PROMYELOCYTIC LEUCOSIS

Nikitin Evgeniy Nikolaevich — Professor of Chair Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, Kommunarov st., 281, tel.: 8 (3412) 46-85-36, mob. 8-912-76-46-333, e-mail: nikitinen@list.ru; Myasnikova Olga Ivanovna — haematologist; Akhkiyamov Ravil Rafikovich — intern

Clinical profile and results of treatment of 15 acute promyelocytic leukemia (APML) patients are presented along with a case of a new onset of the disease in a pregnant woman at GA of 24-25 weeks. Patients received scheduled chemotherapy according to a scheme «7+3+ATRA (all-trans-retinoic acid)». Five-year overall survival of APML patients totaled 86%, relapse-free survival — 94% and the possibility of stable complete remission — 80%, the seven-year rates correspond 86%, 73% and 60%.

Key words: acute promyelocytic leukemia; clinic; chemotherapy; patients survival rate

Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) — редкая, особая форма острого миелоидного лейкоза. Из трудно излечимого заболевания, благодаря особым подходам в лечении, оно превратилось в заболевание с высокой степенью излеченности. Однако, на некоторые вопросы, связанные с лечением ОПЛ, до сих пор не найдены однозначные ответы с большой доказательной базой, что может повышать риск принятия ошибочных решений, особенно в учреждениях с ограниченным опытом лечения данных пациентов [1, 2].

Цель исследования: изучить клинические особенности и эффективность лечения острого промиелоцитарного лейкоза на региональном уровне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением с сентября 2009 по апрель 2016 года в БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска находились 15 больных ОПЛ. Из них женщин было 12, мужчин — 3 в возрасте 23–60 (средний возраст

48,0±3,2 года) лет. Из наблюдаемых у 22-летней пациентки ОПЛ впервые выявлен на сроке беременности 24–25 недель (II триместр). Диагноз ОПЛ выставлен на основании стандартных морфологических (бластных клеток в костном мозге более 20% с высокой экспрессией миелопероксидазы и липидов), цитогенетических (обнаружение специфичной для ОПЛ хромосомной аберрации *t* (15;17)) и/или молекулярно-генетических (выявление транскрипта *PML/RARα* методом ПЦР) критериев. Пациенты получали 1–2 курса стандартной индукционной химиотерапии по схеме «7+3» в сочетании с *ATRA* (цитарабин — 100 мг/м² в/в 2 раза в сутки, 7 дней, даунорубин — 60 мг/м² в/в 1 раз в день, 3 дня, *ATRA* — 45 мг/м² внутрь ежедневно). Лечение полностью транс-ретиноевой кислотой (*ATRA*) начиналось с момента диагностики ОПЛ за 1–3 дня до начала индукционной терапии и продолжалось 30–35 дней до достижения полной ремиссии. Профилактика и лечение ретиноидного синдрома проводилась внутривенным

введением дексаметазона в дозе 10 мг/м². Лабораторный мониторинг в период индукции ремиссии включал ежедневное исследование гемограммы и 2–3 раза в неделю – биохимических показателей и коагулограммы (до купирования геморрагического синдрома коагулограмма исследовалась ежедневно). После достижения ремиссии проводились еще 2–3 курса консолидации по схеме «7+3» (цитарабин – 100 мг/м², даунорубицин – 60 мг/м²) без *АТРА*. У трети больных курсы консолидации проводились высокодозным цитозаром (1–3 г/м²) в сочетании с антрациклинами. При гиперлейкоцитозных формах основной курс профилактики нейтролейкемии методом 5 интратекальных введений трех препаратов (метотрексат, цитарабин, дексаметазон) выполнен на этапах индукции/консолидации ремиссии. Поддерживающее лечение по «ротационной» программе состояло из курсов 5-дневного введения цитарабина в дозе 100 мг/м² в/в 2 раза в сутки в сочетании с *АТРА* (45 мг/м² внутрь в 1–5-й дни) с поочередным добавлением к их сочетанию даунорубицина (45 мг/м², в/в, в 1–2-й дни до максимально допустимой дозы 650 мг/м²), или 6-меркаптопурина (по 60 мг/м² в сутки в 2 приема внутрь в 1–5-й дни), или циклофосфана (по 650 мг/м² в/в в 1-й день). Поддерживающее лечение продолжалось в течение 2–2,5 лет.

Беременной женщине с ОПЛ до родов проведены 2 курса химиотерапии (индукция/консолидация ремиссии) по схеме «7+3+*АТРА*» (цитарабин – 100 мг/м² в/в 2 раза в сутки, 7 дней; даунорубицин – 45 мг/м² в/в 1 раз в день, 3 дня; *АТРА* – 45 мг/м² внутрь ежедневно, 35 дней) до достижения молекулярной ремиссии. На сроке беременности 36 недель произведено родоразрешение живым недоношенным плодом операцией кесарево сечение. После родов проведены еще 2 курса консолидации ремиссии по схеме «7+3» с даунорубицином 60 мг/м² и 15 курсов поддерживающего лечения в течение 2,5 лет по «ротационной» программе.

Индукционное лечение ОПЛ сопровождалось массивной заместительной инфузионной терапией, направленной на коррекцию тромбоцитопении и выраженной коагулопатии тромбоконцентраатами и свежезамороженной плазмой (для поддержания числа тромбоцитов на уровне более 30–50×10⁹/л и уровня фибриногена более 1,5–2,0 г/л, протромбинового индекса более

80%). Профилактика и лечение инфекционных осложнений проводилась назначением антибиотиков широкого спектра действия, противовирусных и противогрибковых препаратов. Полученные результаты обработаны с применением программы *Statistica* 6.1 с построением кривых выживаемости по Каплану – Майеру.

Результаты исследования и их обсуждение.

У 14 (93,33%) пациентов определялась анемия со снижением числа эритроцитов до 3,25–1,74 (2,6±0,15)×10¹²/л, уровня гемоглобина до 121–50 (85,2±4,4) г/л и симптомами в виде выраженной общей слабости, утомляемости, одышки, сердцебиения, бледности кожи. Геморрагический синдром был у 11 (73,33%) обследованных, который проявился микроциркуляторно – гематомного типа кровоизлияниями на коже и мягких тканях у 10 больных, кровоточивостью десен и кровоизлияниями на слизистой оболочке полости рта – у 3, маточными и носовыми кровотечениями – у 4, субдуральной гематомой, меленой и макрогематурией – у 1. Интоксикационный синдром (гипертермия, повышенная потливость, общая слабость) наблюдался у 6 (40%) пациентов. Лимфоаденопатия обнаружена в 6,67% случаев ОПЛ. Лейкопенический вариант ОПЛ с числом лейкоцитов 0,5–2,5 (1,29±0,15)×10⁹/л наблюдался у 8 (53,33%) больных, а гиперлейкоцитозный – у 3 (13,77±0,7×10⁹/л; 10,6–20,0×10⁹/л). У остальных 4 больных число лейкоцитов было в норме и составило 4,83±0,13×10⁹/л. Количество бластов в крови колебалось от 1 до 93 (28±14,8)%. Тромбоцитопения наблюдалась у 80,0% больных в пределах 7–121 (40,5±10,2)×10⁹/л. У 3 (20,0%) пациентов число тромбоцитов не отличалось от референсных значений – 154–339 (277,0±6,3)×10⁹/л.

Количество бластных клеток в костном мозге было увеличено до 63–95% (75,37±2,57)%, которые характеризовались значительным ядерным полиморфизмом (складчатостью и дольчатостью), наличием крупной, обильной зернистости в цитоплазме у 10 и палочками Ауэра – у 2 больных. Цитохимический анализ выявил положительные реакции на миелопероксидазу в 62–100 (98,86±4,57)% бластов, на липиды – в 52–100 (95,21±3,78)%, на гликоген в мелкогранулярной форме – в 8–100 (89,92±7,24)%. Иммунофенотип бластов костного мозга был представлен выраженной экспрессией миелоидных маркеров *CD* 33

в 85,8%, *CD 13* – в 70,4%, *суMPO* – в 84,4%, *CD 15* – в 40,1%, *CD117* – в 55,1%, *CD 38* – в 70,3%, отсутствием или слабой экспрессией *CD 34* в 12,8%, *CD14* – в 4,6%, *HLA-DR* – в 22,63%, *CD7* – в 15,67%. У 9 (60,0%) больных определялась абберантная экспрессия маркеров Т-клеток, из них *CD3* – у 2 (47,4% и 43%), *CD7* – у 3 (66,5%, 29,7% и 20%), *CD2* – у 3 (68,4%, 46,1% и 27,8%), а у 1 больного В-клеточные маркеры *суCD79a* – 29,7%. У 4 (50,0%) больных Т-линейные маркеры были экспрессированы на гипогранулярных опухолевых бластах. Маркер ранних гемопоэтических предшественников *HLA-DR* был высоко экспрессирован в бластах у 4 (26,67%) больных (64,7%, 57,1%, 34,6% и 26,7%).

В результате программного лечения у 14 (93,33%) больных достигнута полная ремиссия, причем у 10 (71,43%) из них – после первого индукционного курса. У беременной женщины с ОПЛ молекулярная ремиссия подтверждена отсутствием в миелограмме исходно определявшегося методом ПЦР молекулярного маркера ОПЛ (изоформы *bcr 3* транскрипта *PML-RAR-α*). Пациентка снята с программной терапии, находится в ремиссии 4 года. Ребенок растет и развивается нормально. Смерть констатирована у двух (13,33%) больных. Один больной (60 лет) с выраженным геморрагическим синдромом скончался от кровоизлияния в мозг на третьи сутки после госпитализации, до начала лечения. Одна из пациенток умерла после курса консолидации высокодозным цитозаром от тяжелой двусторонней пневмонии и ДВС-синдрома. У двух других больных наблюдался поздний рецидив после снятия с программного лечения (через 4 года от начала терапии): у одного из них достигнута повторная ремиссия, у второго после достигнутой ремиссии возник очередной ранний рецидив и достигнута вновь третья полная ремиссия. В настоящее время 5 больных сняты с программного лечения, состоят на диспансерном учете у гематолога, 8 пациентов находятся на разных этапах программного лечения. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость составили, соответственно, 86% и 94%, вероятность сохранения полной ремиссии – 80%, а семилетняя, соответственно, 86%, 73% и 60%, что не отличается от литературных данных (см. рис.) [1, 2].

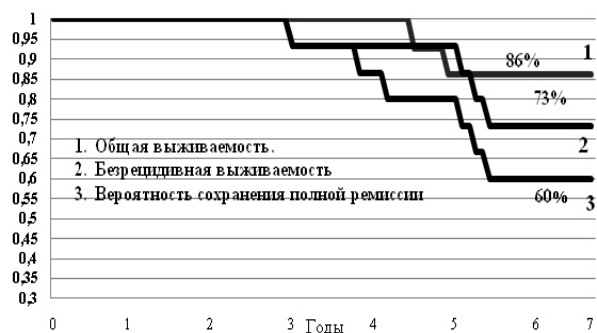


Рис. Выживаемость больных острым промиелоцитарным лейкозом

Вывод. ОПЛ сопровождается выраженной лейкопенией, тромбоцитопенией и анемией, а также тяжелыми геморрагиями микроциркуляторно-гематомного типа, вплоть до ДВС-синдрома. Бластные клетки при ОПЛ характеризуются полиморфизмом ядер, обильной зернистостью в цитоплазме и выраженными цитохимическими маркерными реакциями на миелопероксидазу и липиды. Иммунофенотип опухолевых промиелоцитов представлен высокой экспрессией *CD33* в 85,8% случаев, *CD 13* – в 70,4%, *суMPO* – в 84,4%, *CD15* – в 40,1%, *CD117* – в 55,1%, *CD38* – в 70,3%, отсутствием или слабой экспрессией *CD34* – в 12,8%, *CD14* – в 4,6%, *HLA-DR* – в 22,63%, *CD7* – в 15,67%. Пятилетняя общая выживаемость больных ОПЛ при использовании программы «7+3+*ATRA*» (даунорубин 60 мг/м²), двух аналогичных курсов консолидации без *ATRA* и 2–2,5 лет поддерживающей терапии составляет 86%, безрецидивная выживаемость – 94% и вероятность сохранения полной ремиссии – 80%, а семилетняя, соответственно, 86%, 73% и 60%. Ранняя летальность (13,33%) высока и значительно снижает общую эффективность лечения больных ОПЛ.

Список литературы:

1. Паровичникова, Е.Н. Протокол лечения острого промиелоцитарного лейкоза / Е.Н. Паровичникова, А.Н. Соколов, В.Г. Савченко; под ред. В.Г. Савченко // Программное лечение заболеваний системы крови: сборник алгоритмов диагностики и протоколов лечения заболеваний системы крови. – М.: Практика, 2012. – С. 267–285.
2. Management of acute promyelocytic leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European Leukemia Net / M.A. Sanz [et al.] // Blood. – 2009. – Vol. 113. – P. 1875–1891.

УДК 614.253.5:613.6.027

А. В. Оксюзян¹, А. И. Шамсутдинова²

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

¹Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности²Кафедра онкологии

РИСК РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Оксюзян Артур Валериевич — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; Шамсутдинова Альбина Ильфаковна — ординатор

Профессиональные заболевания у среднего и младшего медицинского персонала не всегда могут быть своевременно выявлены, так как допустимые значения опасных и вредных производственных факторов не всегда сопоставимы с требованиями и специальной оценкой условий труда, особенно группа химических факторов. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников может выявить риск развития отдаленных последствий воздействия вредных и опасных химических агентов.

Ключевые слова: профессиональные заболевания; средний и младший медицинский персонал; вредные и опасные химические вещества

A. V. Oksuzyan¹, A. I. Shamsutdinova²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Disaster Medicine and Health and Safety²Department of Oncology

RISK OF THE DEVELOPMENT OF OCCUPATIONAL DISEASES IN JUNIOR AND MEDIUM-LEVEL MEDICAL PERSONNEL

Oksuzyan Artur Valerievich — Associate Professor, Candidate of Medical Sciences; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st.; Shamsutdinova Albina Ilfakovna — Resident

Occupational diseases in junior and medium-level medical personnel may not be always detected promptly, as it is not always possible to compare assessment and requirements for working conditions with allowed values of hazardous substances, especially chemical agents. Dynamic observation of the health status of the personnel can reveal the risk of the development of long-term effects of exposure to harmful and dangerous chemical agents.

Key words: occupational diseases; junior and medium-level medical personnel; harmful and dangerous chemical substances

На протяжении длительного времени со стороны гигиенистов и врачей-профпатологов не ослабевает внимание к проблеме охраны и условий труда, а также состояния здоровья и профессионального риска медицинских работников. Условия труда медицинских работников наиболее распространенных специальностей характеризуются, как правило, наличием комплекса неблагоприятных производственных факторов. Одним из них является использование дезинфицирующих средств, которые могут быть причиной развития у них аллергических заболеваний и токсических поражений органов и систем.

Цель исследования: установить риск развития профессиональных заболеваний среднего и младшего медицинского персонала при контакте с дезинфицирующими средствами.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базах БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР», БУЗ УР «Городская клиническая больница № 2» МЗ УР, БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер имени С.Г. Примушко МЗ УР» и БУЗ УР «Городская клиническая больница № 8 МЗ УР». В нем приняли добро-

вольное участие 64 медицинских работника (медсестры и младший медицинский персонал) в возрасте от 24 до 62 лет, которые имели прямой контакт с дезинфицирующими средствами. Средний стаж работы составил 8,5 года. Среди данных лиц был проведен опрос методом анкетирования, затем были проанализированы их карты амбулаторного больного.

Результаты исследования и их обсуждения. Согласно полученным данным анкетирования, 46,6% опрошенных отмечали жалобы на зуд, шелушение и появление высыпаний на коже после контакта с дезинфицирующими средствами. Из них 78,6% связывают появление данных симптомов с применением дезинфицирующих средств. Кроме этого, установлено, что 20% участников обращали внимание на возникновение раздражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей, но только половина из них считает его причиной контакт с химическим агентом. У отдельных лиц выявлялись жалобы на изменение артериального давления и явления диспепсии при работе с антисептиками. При этом обследуемые отмечали, что наиболее отрицательное воздействие оказывают средства «Тотус», «Ника-Хлор», «Део-Хлор».

Анализ карт амбулаторного больного младшего и среднего медицинского персонала показал, что 70% имеют различные заболевания. В их структуре можно выделить сердечно-сосудистую патологию (37,1%), заболевания дыхательной системы (21,6%), заболевания желудочно-кишечного тракта (18,8%), аллергические заболевания (7,5%), и другие (15,1%).

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы первое место занимает гипертоническая болезнь – 53,2%, хроническая сердечная недостаточность – 25,3%, ишемическая болезнь сердца – 6,3%, варикозная болезнь нижних конечностей – 15,2%. По данным амбулаторных карт (осмотра и лабораторно-инструментальных методов исследования), было выявлено, что при гипертонической болезни у исследуемых следующие проявления: синдром артериальной гипертензии, по ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, нарушение внутрижелудочковой проводимости, повышение количества гемоглобина, ускорение СОЭ. При хронической сердечной недостаточности, по объективным данным, доминировал диспноэтический синдром и отеки. При ишемической болезни сердца выражен болевой синдром.

Варикозная болезнь нижних конечностей сопровождалась гипертрофией левого желудочка, судорогами, отеками в нижних конечностях и болевым синдромом.

В структуре патологий желудочно-кишечного тракта хронический панкреатит отмечался в 30% случаев, эрозивный гастрит – в 14%, гастродуоденит – в 13%, острый эрозивный бульбит – в 13%, желчнокаменная болезнь – в 10%, атрофический гастрит – в 10%, холецистит – в 6%, жировой гепатоз печени – в 4%. В результате анализа амбулаторных карт при желчнокаменной болезни выявлены: синдром внепеченочного холестаза, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Хронический панкреатит и холецистит сопровождается кислой реакцией мочи, гипергликемией, лимфоцитозом, нейтропенией, ускорением СОЭ, повышением уровня амилазы. Для жирового гепатоза характерны гиперхолестеринемия, увеличение уровня щелочной фосфатазы, ускорение СОЭ. При хроническом атрофическом гастрите отмечались анемический синдром, а при хроническом гастродуодените и остром эрозивном бульбите присоединились нейтрофилия и моноцитоз.

Среди заболеваний дыхательной системы вазомоторный ринит составил 26,1%, хронический ринит – 17,4%, бронхиальная астма – 17,4%, хронический бронхит – 11%, хронический тон-

зиллит – 11%, ОРВИ – 8,7%, острый трахеобронхит – 8,7%. Согласно осмотру и лабораторно-инструментальным методам исследования, для бронхиальной астмы характерны одышка, бронхиальное дыхание, повышение артериального давления, акцент Птона над легочной артерией, снижение объема форсированного выдоха за первую секунду, индекс Тиффно. Для вазомоторного и хронических форм ринита – периодическая заложенность носа, искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин. Для хронического бронхита характерны тяжесть бронхов, жесткое дыхание и тахикардия. При ОРВИ выявлены гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, кашель, в общем анализе крови – лейкоцитоз. При остром трахеобронхите – сухой кашель, боль в груди, лейкоцитоз. Хронический тонзиллит был установлен на основании увеличения миндалин, гиперемии задней стенки глотки, боли в горле.

В группе аллергических заболеваний доминировали аллергический конъюнктивит, аллергический ринит (25%). При аллергическом рините были отмечены приступы чихания, выделения из носа, лимфоцитоз и моноцитоз, а при конъюнктивите – слезотечение, зуд в глазах, инъекцированная склера и лимфоцитоз.

Таким образом, большинство респондентов отмечали различные жалобы, преимущественно связанные с кожными проявлениями интоксикации, и связывали их с факторами риска профессиональных заболеваний. При этом данные амбулаторных карт обследуемых лиц подтверждали структуру заболеваний, однако после проведения лабораторно-инструментальных методов исследования и осмотра выявлено, что имеется специфичность синдромологической картины, которая проявляется менее выражено, чем при других вариантах патологий, несвязанных с контактом с химическими веществами. При этом можно отметить более отдаленные последствия изменений со стороны органов и систем, что еще раз подтверждает важность динамического наблюдения за состоянием здоровья группы лиц, имеющих контакт с химическим агентом.

Список литературы:

1. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Медицинский альманах. – 2010. – № 3 (12) сентябрь. – С. 18–21.
2. Максимова, Е.М. Анализ рисков и мер по профилактике профессиональных болезней врачей-стоматологов / Е.М. Максимова, С.В. Сирак // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5 (часть 2). – С. 319–323.
3. Профессиональный риск медицинских работников / В.А. Панков [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2010. – № 1 (71). – С. 49–54.

УДК 616-053.1-056.25-092

Т. Ye. Чернышова¹, И. В. Реверчук², И. А. Меликян^{1,2}

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

¹Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи²Кафедра педагогики, психологии и психосоматической медицины

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОЖИРЕНИЯ

Чернышова Татьяна Евгеньевна — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-87, email: tatyachernyshova@bk.ru; Меликян Илоан Андраниковна — аспирант кафедры, Реверчук Игорь Васильевич — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

Проанализирован вклад копинг-поведения (наличие смысложизненных ориентаций) в формирование пищевой аддикции у мужчин с хроническим стрессом на работе. Представлены психосоматические и клиничко-лабораторные характеристики пациентов.

Ключевые слова: ожирение; копинг-поведение; хронический стресс; пищевая аддикция

T.Ye. Chernyshova¹, I.V. Reverchuk², I.A. Melikyan^{1,2}

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of General Practice and Internal Diseases with a Course of Emergency Medical Care²Department of Pedagogy, Psychology and Psychosomatic Medicine

ROLE OF CHRONIC STRESS IN THE PATHOGENESIS OF OBESITY

Chernyshova Tatiana Yevgenyevna — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8(3412) 91-82-87, e-mail: tatyachernyshova@bk.ru; Melikyan Iloan Andranikovna — Postgraduate; Reverchuk Igor Vasilevich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article analyzes the contribution of coping behavior (presence of meaningful life orientations) to the formation of food addiction in men with chronic work stress. Psychosomatic, clinical and laboratory characteristics of patients are presented.

Key words: obesity; coping behavior; chronic stress; food addiction

Ожирение является важной медико-социальной проблемой. В России распространенность ожирения среди взрослого населения составляет, по данным разных авторов, от 20,5 до 53,5 %, избыточную массу тела имеют 25 % трудоспособного населения [2, 4]. В рамках психосоматических аспектов ожирения привлекает роль стресса, как причины нарушения пищевого поведения с развитием пищевой аддикции. При рассмотрении механизмов таких зависимостей ведущая роль отводится определенным стереотипам поведения (переедание, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем и др.), а также сопряженными со стрессом нейроэндокринными изменениями. Роль хронического стресса в развитии нарушений пищевого поведения остается не до конца изученной [1]. Важную роль может играть стиль стресс-преодолевающего поведения (копинг-поведение).

Цель исследования: изучить особенности пищевого поведения и копинг-стратегий у мужчин стрессогенных профессий (сотрудников ГИБДД, полиции, руководителей и менеджеров предприятий), их роль в формировании ожирения, для разработки программ оптимизации снижения массы тела.

Материал и методы исследования. Обследовано 48 мужчин в возрасте от 30 до 55 лет с избыточной массой тела, работа которых связана с высоким уровнем стрессовых ситуаций, которые составили основную группу. Из них 24 человека имели индекс массы тела (ИМТ) от 20 до 24,9 кг/м², 26 человек — 25–29,9 кг/м². Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование: измеряли рост, массу тела, объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Анализ состава тела проведен на анализаторе *In Body 370* (Корея). Содержание инсулина, лептина, кортизола и тестостерона оценивали методом иммуноферментного анализа (наборы *ELISA*). Контрольную группу составили 20 мужчин, работа которых связана с высоким уровнем стресса, с нормальной массой тела. Из исследования исключались мужчины с нарушением толерантности к углеводам, сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Типы нарушений пищевого поведения оценивались по данным Голландского опросника пищевого поведения (*Dutch Questionnaire of Eating Behaviour (DQEB)*). Пищевая аддикция диагностировалась в том случае, если пациент набирал не менее 3-х баллов по шкале *DQEB*. Наличие

проявлений алекситимии (греч. *a* – отрицание, *lexis* – слово, *thyme* – чувство, т.е. неспособность называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми) считалось при 74 и более баллах. Копинг-поведение оценивалось по опроснику «Стратегии совладающего поведения» (*WCQ*) R. Lazarus, S. Folkman (2009). О механизмах психологической защиты судили по Индексу жизненного стиля (*LSI*) Л.И. Вассермана. У всех пациентов на основании анализа дневников питания за две недели, предшествующих первичному осмотру, оценен пищевой рацион, периодичность питания, рассчитана индивидуальная калорийность суточного рациона и физическая активность.

Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым критериям вариационно-статистического анализа с использованием программ *Excel* и *Biostat*. Достоверность различий определялась по *t*-критерию и парному критерию Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение.

Каждый второй пациент с избыточным весом имел двух и более членов семьи с избыточной массой тела, в контрольной группе – 4 (20%). Однако, только 2 (4,2%) из 48 обследованных мужчин до поступления на работу имели склонность к ожирению. Не меньший, а у 12 (25%) больший вклад в формирование ожирения имели особенности питания в семьях их жен: в основной группе избыточная масса тела жены и/или ее родственников зарегистрирована в 23 (47,9%) случаях, в контрольной группе в 2 (10%).

Формирование ожирения все связывали с особенностью работы: высокая степень неопределенности ($p=0,02$), частые перекусы в основном хлебобулочными изделиями ($p=0,007$). Дополнительным фактором, способствующим ожирению, для сотрудников офисов были банкеты, фуршеты ($p=0,002$), для сотрудников ГИБДД и МВД – погодные условия ($p=0,01$).

При оценке данных пищевого поведения в группе наблюдения в 61% ($p=0,0005$) зарегистрировано эмоциогенное поведение. Стимулом к приему пищи становился не голод, а эмоциональный дискомфорт ($p=0,01$), отсутствие поддержки в коллективе при выполнении срочной работы, что характерно для руководителей, менеджеров ($p=0,03$), напряженная обстановка в семье, что более характерно для сотрудников ГИБДД, МВД ($p=0,025$). В большинстве случаев регистрировалась копинг-стратегия конфронтации, т.е. разрешения проблемы за счет поведен-

ческой активности, осуществления конкретных действий, иногда с элементами конфликтности, неоправданным упорством с гетеро- и аутоагрессией. Копинг-действия при этом теряли свою целенаправленность, становились результатом разрядки эмоционального напряжения. У каждого третьего пациента выявлено нарушение суточного ритма приема пищи (синдром ночной еды).

Экстернальное пищевое поведение отмечено в 49% случаев ($p=0,0005$), что характеризовалось приемом пищи всегда, когда обследуемый ее видел, т.е. «за компанию», что было более характерно для офисных сотрудников. При этом 20 из 24 обследованных (83,3%) всегда покупали в магазинах пищу с неоправданно большим запасом.

При анализе состава тела в группе наблюдения зарегистрирован повышенный уровень жидкости в организме ($42,4\pm 2,7$ л против $27,4\pm 13,5$ л в контрольной группе), тенденция к снижению уровня белка ($8,0\pm 2,7$ кг против $8,9\pm 2,6$ кг) и минералов ($11,1\pm 2,1$ против $13,6\pm 1,9$ кг) были сопоставимы.

Выявлены следующие взаимосвязи: ИМТ положительно коррелировал со степенью стресса на работе ($r=0,43$); эмоциогенным типом пищевого поведения ($r=0,42$), уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ($r=0,38$); индексом атерогенности ($r=0,41$); показателем инсулинорезистентности ($r=0,51$); степенью гиперинсулинемии ($r=32$). Зарегистрирована отрицательная взаимосвязь ИМТ с уровнем липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) ($r=-0,03$), ограничительным типом пищевого поведения ($r=-0,04$). У лиц с избыточной массой тела отмечено повышение уровня лептина, связанного не с продолжительностью избыточной массы тела, а с частотой попыток его снижения ($r=0,04$) и не зависел от ИМТ. Уровни лептина и тестостерона были значимо выше при абдоминальном ожирении, а уровень пролактина (ПРЛ) – при глютеоформном типе отложения жировой ткани (3 пациента) с отрицательной корреляционной связью индекса инсулинорезистентности и уровня тестостерона крови ($r=-0,45$; $p<0,05$). За 1 год мониторинга клинико-лабораторных и психологических характеристик обследуемых не зарегистрирована взаимосвязь частоты и интенсивности острых стрессовых состояний на фоне хронического стресса с большинством анализируемых клинико-лабораторных параметров ($p>0,05$). Основную роль в формировании пищевой аддикции играла наследственность, возможно, в аспекте

копинг-поведения. При оценке алекситимии выявлено, что при дефиците эмоциональных реакций длительное воздействие стрессового агента не является причиной более высокого ИМТ.

Потребность в пище – это базисная потребность личности, направленная на поддержание гомеостаза, но ежедневный рацион человека, как правило, превышает жизненно необходимое количество калорий. Пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека. При оценке ожирения с позиции аддикции (англ. *addiction* – зависимость, пагубная привычка) подтверждена роль не самого стресса, а особенностей стресс-совладающего поведения в формировании ожирения. Организм пациентов основной группы адаптировался к постоянным влияниям стресса без соматизации по типу дистресса. Этот факт подтверждается результатами тестирования по опроснику «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», который выявил преобладание у сотрудников ГИБДД и МВД группы копинга конфронтации ($r=0,43$; $p<0,01$), а у офисных работников – копинга избегания ($r=0,52$; $p<0,01$). Несмотря на непродуктивность данных стилей поведения они положительно связаны с социальной успешностью в том случае, когда стрессовая ситуация является неконтролируемой. Офисным служащим «избегание» помогает предотвратить разрастание негативной ситуации. Данную гипотезу подтверждают результаты опроса по нарушению пищевого поведения: пациенты основной группы реже, чем контрольной группы отмечают приём пищи, как реакцию на стресс. При оценке алекситимии (от др. греч. α – приставки с отрицательным значением и $\lambda\acute{\epsilon}\xi\iota\varsigma$ – буквально «без слов для чувств»), т.е. психологической характеристики личности, включающей затруднение вербализации собственных эмоций, различения эмоций и телесных ощущений; склонность к конкретному мышлению при

дефиците эмоциональных реакций выявлено, что длительное воздействие стрессового агента не является причиной более высокого ИМТ. Выявлена взаимосвязь ИМТ с ненормированным рабочим графиком, который не позволяет пациентам из основной группы питаться своевременно и сбалансировано ($r=0,34$; $p<0,05$). На фоне диетотерапии в течение 3 и 6 месяцев наблюдения уменьшение массы тела на $1,7\pm 0,6$ и $3,2\pm 2,4$ кг было отмечено в 36 (75 %) случаях.

Аддикция к эндогенным химическим веществам составляет новую парадигму, получившую в литературе название «самоаддикции» (*self-addiction*). В рамках этой парадигмы могут рассматриваться и расстройства пищевого поведения [1, 3]. При избыточном переедании происходит усиление выброса эндорфинов, что обеспечивает положительное подкрепление организма.

Таким образом, обучение правильному стресс-совладающему поведению, выработка стрессоустойчивости необходима, т.к. в условиях стресс-нелимитированной работы и обычной повседневности человек будет сталкиваться с травмирующими психо-эмоциональную сферу ситуациями и в случае особенностей прошлого опыта, стресс-ассоциированный нейроэндокринный дисбаланс приобретет хронически рецидивирующий характер с отрицательной динамикой ожирения.

Список литературы:

1. Аникина, Н. В. Психо-эмоциональный статус и уровень серотонина у женщин с ожирением [Электронный ресурс] / Н. В. Аникина, Е. Н. Смирнова // Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. – 2015. – № 3. – Режим доступа: URL: <http://www.scienci-education.ru/article/view=19229>.
2. Бутрова, С. А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета / С. А. Бутрова // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – № 3. – С. 19–24.
3. Кунцевич, А. К. Риск метаболического синдрома и питание населения / А. К. Кунцевич // Ожирение и метаболизм. – 2015. – № 1 (11). – С. 3–5.
4. Старостина, Е. Г. Ожирение как психосоматическое заболевание / Е. Г. Старостина // Ожирение и метаболизм. – 2005. – № 3. – С. 12–16.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.831-005.4-084:615.849

Ю. В. Новиков¹, Г. В. Костина², И. Н. Староверов², С. А. Грачев², М. А. Щепин², Е. А. Волков²

¹ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра хирургии ИПДО

²ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница», региональный сосудистый центр, г. Ярославль

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Новиков Юрий Васильевич — президент университета, академик РАН; г. Ярославль, ул. Революционная, д.5; тел. 8 (4852)305641; e-mail: rector@yma.ac.ru; **Костина Галина Викторовна** — заместитель главного врача, руководитель центра кандидат медицинских наук; **Староверов Илья Николаевич** — заведующий отделением сосудистой хирургии, заведующий кафедрой доктор медицинских наук; **Грачев Сергей Анатольевич** — сердечно-сосудистый хирург кандидат медицинских наук; **Щепин Михаил Александрович** — сердечно-сосудистый хирург; **Волков Евгений Алексеевич** — сердечно-сосудистый хирург

В статье обосновывается необходимость выявления и хирургической коррекции поражений брахиоцефальных артерий с целью профилактики ишемического инсульта. Для создания устойчивого потока пациентов для хирургической коррекции необходимо создание четкого алгоритма действий врачей смежных специальностей, ключевым звеном в котором должен стать врач ультразвуковой диагностики.

Ключевые слова: профилактика; ишемический инсульт; хирургия каротидных стенозов; высокотехнологичная медицинская помощь

Yu.V. Novikov¹, G.V. Kostina², I.N. Staroverov², S.A. Grachyov², M.A. Shchepin², Ye.A. Volkov²

¹Yaroslavl State Medical University

Department of Surgery

²Regional Clinical Hospital, Regional Vascular Center, Yaroslavl

HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL CARE TO PREVENT ISCHEMIC STROKE

Novikov Yury Vasilyevich — President of the University, Academician of the Russian Academy of Science; Yaroslavl, 5 Revolutsiyonnaya st., tel. 8(4852)305641, e-mail: rector@yma.ac.ru; **Kostina Galina Viktorovna** — Deputy Head Doctor Head of Yaroslavl Regional Vascular Center Candidate of Medical Sciences; **Staroverov Ilya Nikolayevich** — Head of the Department of Vascular Surgery of the Regional Clinical Hospital, Head of the Department of Surgery of the University, Doctor of Medical Sciences; **Grachyov Sergey Anatolyevich** — Cardiovascular Surgeon Candidate of Medical Sciences; **Shchepin Mikhail Alexandrovich** — Cardiovascular Surgeon; **Volkov Yevgeny Alexeyevich** — Cardiovascular Surgeon

The article proves the necessity for detection and surgical correction of the lesions of brachiocephalic arteries to prevent ischemic stroke. To produce a steady stream of patients for surgical correction it is necessary to develop a clear algorithm of actions for allied medical practitioners, the key figure being the physician trained in diagnostic sonography.

Key words: prevention of ischemic stroke; surgery for carotid stenoses; high-technology medical care

Две трети ишемических инсультов обусловлены стенозом, окклюзией или деформацией экстракраниальных отделов сонных артерий. В подавляющем большинстве случаев эта патология бывает следствием атеросклероза и артериальной гипертензии. Среди больных, перенесших инсульт, повторное нарушение мозгового кровообращения развивается у 25 % в течение последующих 5 лет,

при этом наиболее часто (3–8 %) — в течение первого месяца после первого эпизода заболевания. Риск развития ишемического инсульта напрямую связан со степенью сужения просвета артерии. По обобщенным данным, при бессимптомном сужении внутренней сонной артерии (BCA) у пациентов на 75 % риск возникновения инсульта составляет 5,5 % в течение года, при бессимптомном

сужении на 60%–11% в течение 5 лет. Эффективность хирургического лечения в профилактике ишемического инсульта была доказана серией крупных рандомизированных исследований в Европе (*European Carotid Surgery Trial – ECST*) и Северной Америке (*North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial – NASCET*) [2–4].

В настоящее время количество ежегодно выполняемых каротидных реконструкций только в США составляет 80 000–100 000 в год. В нашей стране количество операций не превышает 1' 7000 в год, в то время как потребность в подобных вмешательствах составляет 40 000 в год [4].

Цель исследования: изучить современное состояние хирургии брахиоцефальных артерий (БЦА) в отдельно взятом регионе.

Материалы исследования и обсуждение. В связи с реализацией Федеральной программы по оказанию помощи жителям Ярославской области с острым инсультом, проведением высокотехнологичных вмешательств пациентам с ишемической болезнью головного мозга наметилась устойчивая тенденция роста количества операций на прецеребральных артериях. Всего за последние 10 лет выполнено более 2 тысяч таких операций. С 2005 года (24 операции) по 2015 год включительно (350 операций) прирост составил 1458% (от 25 до 123% ежегодно). Динамика осложнений (ОНМК+летальность) составила от 3,5% (1 случай) в 2006 году до 1,4% (4 случая) в 2015 году. Количество выполненных операций на БЦА на 1 млн населения выросло с 23 в 2006 году до 269 в 2016 году.

Для активного выявления пациентов, нуждающихся в хирургической профилактике ишемического инсульта, был проведен целый ряд мер. Неоднократно организованы встречи с врачами-неврологами, терапевтами, офтальмологами, ультразвуковыми диагностами. Проводились совместные заседания профильных обществ с участием сосудистых хирургов. Были неоднократно разосланы информационные письма в больницы города и области. Примечательным является тот факт, что наибольший поток пациентов был направлен к сосудистым хирургам врачами ультразвуковой диагностики, которые при выявлении при осмотре значимых изменений БЦА сразу направляли пациентов к сосудистым хирургам регионального сосудистого центра. Необходимо отметить, что в протокол комплексного обследования пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей и ИБС обязательно включали скрининговое ультразву-

ковое исследование БЦА. При выявлении значимой патологии артерий шеи первым этапом всегда проводили коррекцию данных изменений.

Наибольший объем высокотехнологичных вмешательств на БЦА обеспечила хирургия каротидных стенозов. Несмотря на абсолютный рост количества (с 48 в 2006 до 250 в 2015 году) в структуре оперативных вмешательств доля составила: 46% – 2006, 57% – 2015. Особенностью диагностики явилось обязательное использование «золотого стандарта» в виде селективной рентгенконтрастной ангиографии или мультиспиральной компьютерной ангиотомографии с контрастированием. С 2003 года – обязательное завершение классической каротидной эндартерэктомии (ККЭ) заплатой, с 2008 года только синтетической. С 2010 года – обязательный интраоперационный мониторинг оксигенации головного мозга (церебральный оксиметр (ЦО) *Fore-sight*). Изменение соотношения эверсионной каротидной эндартерэктомии (ЭКЭ) к ККЭ в пользу эверсии с 1:1 к 10:1. Применение ЦО позволило снизить процент использования временного шунта с 38% до 1%. Протезирование ВСА (24 случая) в 90% случаев выполнялось не как осложнение КЭ, а первоначально – при длине бляшки более 4 см. Использование техники ЭКЭ в проксимальном направлении позволило снизить количество дистальных фиксаций при ККЭ.

Второе место по числу выполняемых вмешательств занимает хирургия деформаций сонных артерий. Наблюдается устойчивый процент (19–25%) в общем объеме хирургии БЦА за последние 10 лет при абсолютном росте количества данных вмешательств с 10 до 50–60 в год. Соотношение резекция/редрессация составляет 74% к 26% в 2015 году. При определении показаний к операции руководствуемся рекомендациями клиники акад. А.В. Покровского – на 1-м месте – клиника, на 2-м – ультразвуковые находки, на 3-м – форма деформации. УЗ критерии гемодинамической значимости деформации – градиент 2,5 и более, септальный стеноз 70% и более.

Хирургической коррекцией поражений V1 сегмента позвоночных артерий занимаемся с 2007 года. Динамика роста – 2 (2007 год), 10 (2008 год), 18 (2009 год) и 48 (2010 год – 16,2% от общего количества). До 2015 года количество операций на позвоночных артериях оставалось в пределах 30–50 в год. Операции выполнялись по строгим показаниям, исключительно при наличии клиники вертебро-базилярной недостаточности. По поводу устьевого стеноза выполнена

половина операций, другая половина – по поводу деформаций. Имплантация в ВСА выполнена в 37 случаях, в правой коронарной артерии (ПКА) – 5,5 случаев (11 %) завершены декомпрессией позвоночной артерии. Вариант доступа (продольный, надключичный) определяем по результатам предоперационной пробы Маттаса. Клинически в раннем послеоперационном периоде отмечали уменьшение проявлений вертебно-базилярной недостаточности (ВБН) и прекращение дропп-атак. Осложнения – смерть – 0, ОНМК – 0, симптом Горнера на стороне операции – 7,8 % (продолжительность от 3 дней до 2,5 месяцев), лимфоррея – 6 наблюдений (купирование без повторной операции во всех случаях).

Руководствуемся следующими принципами в хирургии позвоночных артерий. 1. На сегодняшний день наблюдается достаточно скептическое отношение большинства сосудистых хирургов к лечению этой патологии (2009 год – из всех 8959 операций выполненных в РФ на БЦА на позвоночную артерию (ПА) пришлось только 485–5,4 %. В то же время, по статистике, патология ПА дает до 30 % всех острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). 2. 90 % рецидивов ВБН в отдаленном послеоперационном периоде обусловлены патологией шейного отдела позвоночника. Необходимо строго соблюдать протокол обследования при отборе пациентов для операции (МРТ головного мозга – задняя черепная ямка, рентгенография шейного отдела позвоночника, консультации невролога и т. д.). 3. Оперируем патологию только доминантной позвоночной артерии. 4. Полная информация об анатомии и функциональных нарушениях (ангиография, дуплексное сканирование, компрессионные ишемические пробы).

УДК 617.7-089.24:621.387

А. В. Корепанов, А. В. Шишкин, А. В. Петров, А. В. Ахкиямова

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

СПОСОБ ГАЗОРАЗРЯДНОЙ ОБРАБОТКИ ЛИНЗ ОЧКОВ, ПОВЫШАЮЩЕЙ ГИДРОФИЛЬНОСТЬ ИХ ПОВЕРХНОСТИ

Корепанов Александр Валентинович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук; Шишкин Александр Валентинович – доктор медицинских наук; Петров Александр Владимирович – лаборант, инженер по оборудованию; Ахкиямова Анастасия Владимировна – интерн; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров 281, тел. 8 (982) 116-30-18, e-mail: anastasiya199212@yandex.ru

Каждый пользователь очков сталкивается с нежелательным явлением запотевания линз, возникающим при перепадах температуры и влажности. Для решения данной проблемы на линзы обычно наносят покрытия, повышающие гидрофильность их поверхности. Нами предложен принципиально иной способ физико-химического модифицирования поверхности линз.

Ключевые слова: линзы; газоразрядная обработка; гидрофильная поверхность

Сонно-подключичное шунтирование. Стандартные показания к операции – ВБН, брахиальная ишемия. УЗДС – диагностика синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания, проба Маттаса с ОСА) с обязательной ангиографией. Операция выполняется с использованием синтетических графтов.

Внутригрудные реконструкции. Представляется на современном этапе как хирургия брахиоцефального ствола в 90 % случаев. Обязательное выполнение коронарографии для исключения ИБС. Использование щадящего доступа (парциальная стернотомия).

Нами предлагаются новые направления: сочетанные операции при одностороннем поражении; этапные операции при множественном поражении; повторные операции (рестеноз ВСА, аневризматическая дилатация ВСА на аутовенозной заплате, окклюзия СПкШ, аневризматическая дилатация сонно-подключичного шунта).

Вывод. Выбранная тактика с алгоритмом обследования позволила добиться сокращения показателя летальности от ОНМК до 1,4 %.

Список литературы:

1. Национальные клинические рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – № 2, Т. 19. – С. 69.
2. Does carotid eversion endarterectomy and reimplantation reduce the risk of restenosis? / R. Kieny [et al.] // Ann Vase. Surg. – 1993 Sep. – № 7 (5). – P.407–413.
3. Durability of eversion carotid endarterectomy: comparison with primary closure and carotid patch angioplasty / T. Kastras [et al.] // J. Vase. Surg. – 2001. – №. 34 (3). – P.453–458.
4. Eversion carotid endarterectomy / T.A. Iseli [et al.] // ANZ J Surg. – 2001 Oct. – Vol.71, №.10. – P. 570–573.
5. Tice-Dimensional power doppler sonography in screening for carotid Pri-vy disease / M. Keberie [et al.] // J. Clh.Ultrasound. – 2000. – № 28. – P.441–451.

A. V. Korepanov, A. V. Shishkin, A. V. Petrov, A. V. Akhkiyamova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Ophthalmology

METHOD OF GAS-DISCHARGE PROCESSING OF SPECTACLE LENSES IMPROVING HYDROPHYLIC PROPERTY OF THEIR SURFACE

Korepanov Alexandr Valentinovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences; Shishkin Alexandr Valentinovich — Doctor of Medical Science; Petrov Alexandr Vladimirovich — Laboratory Assistant, Equipment Engineer; Akhkiyamova Anastasia Vladimirovna — intern; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel.: 8 (982) 116-30-18, e-mail: anastasiya199212@yandex.ru

Each person wearing glasses faces undesirable fogging of the lens arising from temperature changes and humidity. To solve this problem the lenses are usually given coatings that improve hydrophylic property of their surface. We propose a fundamentally different method of physico-chemical modification of the surface of the lenses.

Key words: lenses; gas-discharge processing; hydrophilic surface

«Запотевание» линз возникает при резких перепадах температуры и влажности воздуха. Данное явление связано с конденсацией паров воды на достаточно гидрофобной поверхности линз с образованием микрокапель конденсата, что приводит к резкому снижению светопропускания.

Существуют средства, препятствующие запотеванию линз очков. Их действие основано на нанесении на поверхность линз гидрофильного покрытия. К сожалению, данные средства дороги, а получаемые покрытия механически нестойки.

Проблема запотевания существует не только для линз очков, но и для множества других оптических изделий — линз эндоскопов, стекол масок противогазов и респираторов, стекол плавательных очков и масок, линз биноклей и оптических прицелов и т. д. Таким образом, проблема является существенной не только для медицинской оптики, но и для других отраслей.

Для изготовления указанных изделий в последние годы все чаще используется не стекло, а различные виды пластика. Данные материалы очень чувствительны к механическим повреждениям, возникающим при их протирке.

Таким образом, является актуальной разработка новых способов обработки линз и других прозрачных элементов оптических изделий, препятствующих их запотеванию. Основными требованиями являются: простота выполнения, предельно низкая стоимость, возможность обработки пластиковых линз, бесконтактность обработки.

Цель работы: разработать недорогой и эффективный способ повышения гидрофильности поверхности линз, отвечающий указанным

выше требованиям и создать устройство для его осуществления.

Данная задача была успешно решена нами. Был разработан способ обработки пластиковых линз очков и других оптических изделий. Он основан на частичном окислении молекул полимеров на поверхности пластиковых линз атомарным кислородом, озоном и другими активными продуктами, образующимися при высокочастотном газовом разряде. При этом происходит образование большого количества гидрофильных функциональных групп. При конденсации паров воды на такой поверхности вместо микрокапель образуется прозрачная водная пленка и не происходит ухудшения светопропускания линз.

Материалы и методы исследования. Способ заключается в обработке линз в высокочастотном газовом разряде (холодной плазме). Газовый разряд создается при следующих условиях: 1 МГц, 10–20 Вт при давлении 0,3–0,01 мм рт. ст. При таком давлении в камере остается еще достаточное количество кислорода для образования нужного количества активных продуктов. Некоторое количество воздуха неизбежно поступает в камеру из внешней среды, но нужное давление поддерживается работой вакуумного насоса. Обработка осуществляется в течение 30–900 секунд.

После обработки в газовом разряде линзы или содержащие их устройства (например, очки) можно ополоснуть дистиллированной водой.

Устройство для осуществления заявленного способа состоит из газоразрядной камеры, вакуумного насоса, вакуумных шлангов, генератора высокочастотных электромагнитных импульсов. Генератор высокочастотного электромаг-

нитного излучения был изготовлен на основе деталей аппарата УВЧ и трансформатора высокого напряжения.

Внешний вид лабораторной установки показан на рис. 1, а конструкция газоразрядной камеры представлена на рис. 2.

Результаты исследования и их обсуждение.

При газовом разряде образуется атомарный кислород, озон и другие активные продукты [3, 2], которые взаимодействуют с молекулами полимеров с образованием большого количества гидрофильных функциональных групп [1, 4]. На поверхности пластика образуются гидроксид-, перокси-, эпокси-, карбокси- и др. функциональные группы [1, 4]. Таким образом, гидрофильные свойства приобретает сама поверхность линз без нанесения какого-либо покрытия. Такая поверхность равномерно смачивается водой. При этом гидрофильные свойства сохраняются от нескольких недель до нескольких месяцев (в зависимости от условий использования линз и наличия или отсутствия их загрязнения). При необходимости может быть выполнена повторная обработка.

Использование данного способа также приводит к очистке поверхности от органических загрязнений вследствие окисления соответствующих веществ с образованием газообразных либо водорастворимых продуктов [1].

Похожий принцип уже использовался ранее для решения иных задач [1, 4, 5], но в данной области он применяется, вероятно, впервые.

Способ может использоваться также для обработки прозрачных элементов других изделий: стекол масок противогазов и респираторов, линз эндоскопов, линз биноклей и оптических прицелов, защитных стекол и оптических элементов различных устройств, используемых в условиях перепадов влажности и температуры и др.

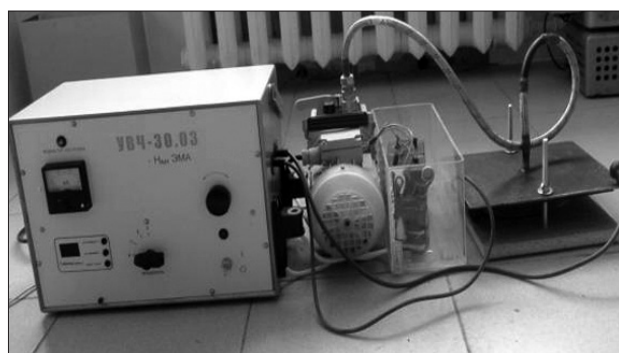


Рис. 1. Внешний вид лабораторной установки для газоразрядной обработки оптических изделий

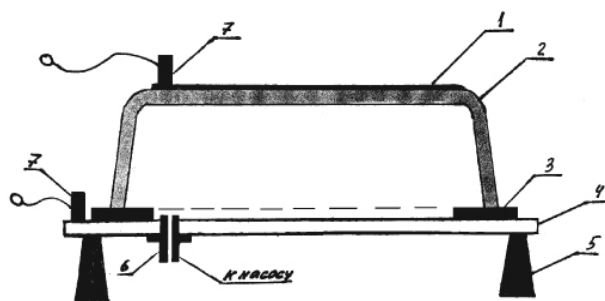


Рис. 2. Устройство газоразрядной камеры: 1) верхний электрод; 2) корпус камеры; 3) герметизирующая прокладка; 4) основание (нижний электрод); 5) подставка; 6) трубка для соединения со шлангом вакуумного насоса; 7) клеммы для крепления проводов

При использовании газоразрядной установки требуется применять общепринятые меры по защите от электромагнитных излучений.

Предлагаемый способ обработки линз очков может использоваться как в процессе их производства, так и для оказания услуг населению. Себестоимость одной обработки будет составлять 5–20 рублей (в зависимости от особенностей установки). Рыночная стоимость может находиться в пределах 50 рублей, что в 15–30 раз ниже, чем при использовании существующих на рынке химических средств.

Себестоимость установки – в пределах 25 тысяч рублей, но может быть существенно снижена при использовании более рациональной конструкции источника высокочастотного электромагнитного излучения.

Подана патентная заявка на изобретение, получено свидетельство на рационализаторское предложение.

Список литературы:

1. Авсеенко, Н. В. Разработка метода иммобилизации белков в микрочипах для иммуноферментного анализа: дис. ... канд. биол. наук / Н. В. Авсеенко. – М., 2002.
2. Газовый разряд. Плазма: лабораторные работы. – М.: МФТИ, 2006. – 46 с.
3. Сивухин, Д. В. Общий курс физики: учеб. пособие для вузов. Т-3 «Электричество» / Д. В. Сивухин. – М.: Физматлит, 2004.
4. Шишкин, А. В. Разработка новых методов исследования лимфоцитов и эритроцитов с помощью иммунологических биочипов: дис. ... канд. мед. наук / А. В. Шишкин. – М., 2008.
5. Cleaning of metal parts in oxygen radio frequency plasma: process study / D. Korzec // J. Vac. Sci. Technol., 12 (2). – P. 369–371.

УДК 617.751.9+616.89-008.434.59:316.44

В. Н. Воронцов

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

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СЛЕПОНЕМЫХ

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

В настоящей статье представлена методика и практические рекомендации для социальной адаптации слепонемых, повышения их коммуникабельности, творческой активности.

Ключевые слова: слепонемые; методика

V.N. Vorontsov

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

ON THE ISSUE OF SOCIAL ADAPTATION OF BLIND MUTES

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

The article presents a method and practical recommendations for social adaptation of blind mutes, for increasing their sociability and creative activity.

Key words: blind mutes; method

Состояние зрения населения земного шара вызывает опасения. По данным ВОЗ, в настоящее время на земле проживает 15 миллионов абсолютно слепых, более 145 миллионов человек имеет существенное снижение остроты зрения или другие формы стойкого его нарушения (слабовидящие), являющиеся причиной инвалидности. Приведенные цифры с каждым годом неуклонно возрастают. Если учесть, что не все люди с патологией зрения зарегистрированы в статистических материалах ВОЗ, то надо полагать, что действительное количество слепых и слабовидящих значительно выше. Полная потеря или значительное ухудшение зрения неминуемо ведут к снижению социальной активности, трудоспособности, самостоятельности, коммуникабельности.

Особенно уязвимы в этом отношении люди умственного труда, которым в ходе работы приходится фиксировать визуально элементы и результаты трудового процесса. Прежде всего, сюда относятся лица, занятые литературным и музыкальным творчеством. Возможность применения шрифта Брайля ограничена, поскольку им владеют только специально подготовленные лица. Кроме того, порог тактильного восприятия в пожилом возрасте нередко возрастает, и чувствительность кончиков пальцев снижается, что так же затрудняет использование данного метода и применение компьютера со специальной рельефной клавиатурой. Выполнение записей на бумаге ручкой (карандашом) без посторонней

помощи тоже весьма проблематично, особенно если имеется возрастной тремор пальцев рук.

Однако незрячие могут пользоваться звукозаписывающей аппаратурой: магнитофон, диктофон. Последний может быть выполнен в карманном варианте. С помощью таких аппаратов можно записывать текст, мелодию голосом или художественным свистом ноты.

Имеют место случаи, когда слепота сопровождается афонией (слепонемота). Полная потеря голоса может быть при остром ларингите (временная афония), при термическом и химическом поражении гортани в очагах катастроф и производственных аварий, при механических повреждениях (ранения области шеи), после ларингэктомии, по поводу опухоли гортани. Возможна потеря голоса неврогенного характера при инсультах и опухлях головного мозга, контузии. Таким людям еще труднее, чем обычным незрячим, приспособиться к окружающим условиям.

Цель исследования: разработать методику для общения слепонемого с обычным человеком.

Материал и методы исследования: необходимы принадлежности: ровная доска, стол, табуретка, бумага, карандаш (для фиксируемой записи), небольшая прямоугольная пластинка, помещающаяся в кармане, для общения вне дома, источник света для помощника, методические указания. Слепонемой изображает знаки, буквы, цифры кончиком пальца, кисточкой, контролирует правильность восприятия помощником (чете-

цом). Каждый знак, букву, слово чтец повторяет вслух, слепонемой подтверждает правильность кивком головы. В случае ошибки хлопает в ладоши. В основном используют рукописные буквы с закруглениями: *о, с, е*, и печатные с прямыми линиями, которые можно писать одним росчерком пера, не отрываясь от бумаги: *и, г, п, р, м, л*.

Результаты исследования и их обсуждение. Разработана таблица с буквами русского алфавита в том виде, в каком они наиболее удобны для написания (начертания) слепонемой и прочтения помощником (собеседником). Для общения и написания текста на удмуртском языке используется соответственно удмуртский алфавит, состоящий из русского с дополнением пяти букв, которых нет в русском языке. Это русские буквы с двумя точками сверху: *й, ѓ, ѓ, ѓ, ѓ*. Для основных иностранных языков используется латинский алфавит. Изображение знаков препинания никакой трудности не представляет. Они обозначаются так же, как при обычном письме. Числа записываются арабскими цифрами. Однозначные числа можно показать пальцами.

Большую помощь при диктовке литературного материала и нот оказывают рекомендуемые нами условные знаки. Волнообразная горизонтальная линия означает «пишите». Движение ладонью, напоминающее воздушный поцелуй, – «читайте», стрелка в левую сторону – «сначала», стрелка в правую сторону – «последнее предложение». Взмах правой руки – «читайте выше». Взмах вниз – «читайте ниже». Поднятая левая ладонь – «внимание, пока не пишите», взмах руки вперед – «продолжайте». Ладонь, приложенная к голове, – заглавие, название. Ладонь, приложенная ко лбу – «Вам понятно?». Короткая черточка соответствует дефису, длиннее – тире.

Длинная линия означает, что слово, фраза подчеркнуты, вертикальная дуга влево – скобка открывается, вправо – закрывается. Вертикальная черта разделяет предлог, указывает конец слова. Две вертикальные черты – конец строки стихотворения. Поднятый большой палец левой руки говорит о том, что диктуемая буква или буквы (аббревиатура) заглавные. Поднятый мизинец – буква (буквы) прописные. Растопыренная кисть левой руки указывает, что диктуемое слово, фраза должны быть отпечатаны курсивом. Сжатая в кулак – жирным шрифтом. Точкой в круге диктующий сообщает, что будет дополнение. Острый угол вершиной вниз указывает место, куда следует включить дополнение.

На основе описанной методики нами подготовлена и передана для практического применения методическая разработка в Республиканскую библиотеку для слепых (г. Ижевск), услугами которой пользуются не только слепые и слабовидящие, но и слепонемые и даже слепоглухонемые.

Автором статьи с использованием этой методики выполнены небольшие переводы с удмуртского языка на русский, с русского на английский, итальянский, латинский языки. В течение полугода написана и издана книга в стихах «Раскрытая тетрадь», написаны две новые песни (слова и музыка). Готовится к изданию новая книга «Философия жизни земной», выход в свет которой планируется в 2016 г.

Вывод. Считаем, что предлагаемая и апробированная нами методика может быть применена слепонемыми, а так же лицами, имеющими с ними профессиональные и семейно-бытовые связи. Рекомендации для социальной адаптации слепонемых повысят коммуникативность, творческую активность.

УДК 615.851.3(470.51)

Ю. В. Горбунов¹, А. Е. Шкляев¹, А. М. Корепанов¹, П. И. Четвериков²

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра факультетской терапии
ООО «Санаторий Ува», Удмуртская Республика

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Горбунов Юрий Викторович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; e-mail: gorbunov@igma.udm.ru; Шкляев Алексей Евгеньевич – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-3412-68-52-2, e-mail: shklyaevalaksey@gmail.com; Корепанов Анатолий Максимович – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Четвериков Петр Иванович – главный врач

Проведен анализ современных тенденций развития высшего медицинского образования и практического здравоохранения в области восстановительной медицины, приведен пример плодотворного сотрудничества Ижевской государственной медицинской академии и санатория «Ува» (Удмуртская Республика) по научному обоснованию инновационных лечебных технологий с применением местных природных факторов.

Ключевые слова: инновационные технологии; восстановительная медицина

Yu. V. Gorbunov¹, A.Ye. Shklyayev¹, A. M. Korepanov¹, P. I. Chetverikov²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy

²LLC «Sanatorium Uva», Udmurt Republic

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF REHABILITATION MEDICINE: THEORETICAL BASIS AND PRACTICAL IMPLEMENTATION IN THE UDMURT REPUBLIC

Gorbunov Yuriy Victorovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; e-mail: gorbunov@igma.udm.ru; Shklyayev Alexey Yevgenyevich — Professor Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8-3412-68-52-24, e-mail: shklyayevaleksey@gmail.com; Korepanov Anatoliy Maximovich — Professor Doctor of Medical Sciences, Professor, e-mail: main@rkb1.udm.ru; Chetverikov Pyotr Ivanovich — Head Doctor

We have conducted the analysis of current trends in higher medical education and health care service in the field of rehabilitation medicine. We present an example of fruitful cooperation between Izhevsk State Medical Academy and the sanatorium «Uva» (Udmurtia) on scientific substantiation of innovative medical technologies that use local natural factors.

Key words: innovative technologies; rehabilitation medicine

В связи со стремительным ухудшением здоровья населения Российской Федерации в конце XX века необходимо было разработать и реализовать программы медицинской профилактики и восстановительного лечения. Для большинства заболеваний человека характерна многогранность патогенетических механизмов повреждения органов и систем, что диктует необходимость разработки многоуровневых терапевтических подходов. Недостаточная эффективность стандартных методов лечения, растущая аллергизация населения и неблагоприятное влияние длительной лекарственной нагрузки на организм придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию методов лечебной коррекции с использованием природных факторов [10].

Физические факторы, в условиях непрерывного действия которых зарождалась и существует жизнь на Земле, являются наиболее физиологичными для организма человека. Неудивительно, что уже в глубокой древности люди использовали теплые грязи и воды с лечебной целью. Развитие науки и техники позволило получать и использовать в удобной для лечения форме все многообразие физических факторов, появилась возможность сочетанного применения природных и создаваемых человеком методов терапии. Пользуясь заслуженной популярностью немедикаментозные лечебные факторы требуют дальнейшего научного обоснования их применения. Правительством Российской Федерации в рамках реализации Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации (2003) был взят курс на активизацию проведения научно-исследовательских работ в области разведки и использования природных лечебных ресурсов, разработки и вне-

рения в практику новых производственных технологий, методик лечения и оздоровления [7].

Изменение требований общества и государства к системе высшего медицинского образования обусловило создание новых образовательных стандартов. Так, Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 года № 95 утвержден Федеральный государственный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень – специалитет). Характеристика области профессиональной деятельности выпускников по ФГОС ВО включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения. В числе объектов профессиональной деятельности выпускников программ специалитета указана совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, а среди видов профессиональной деятельности отдельно выделены профилактическая и реабилитационная. В соответствии с видом профессиональной деятельности, на который ориентирована программа специалитета, выпускник должен быть готов решать профессиональные задачи в профилактической (предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических мероприятий), реабилитационной (участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения) и научно-исследовательской (участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике) деятельности.

Главным требованием к результатам освоения программ специалитета по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело является сформированность у выпускника общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, соответствующих виду профессиональной деятельности, на который ориентирована программа. В профилактической деятельности это, прежде всего, способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. В реабилитационной деятельности – готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. В психолого-педагогической деятельности – готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний, а также – готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни. В научно-исследовательской деятельности – готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

Изучение лечебного применения природных и преформированных факторов в Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России осуществляется в соответствии с межкафедральной программой преподавания физиотерапии и курортологии. Основной клинический блок данной программы реализуется на кафедре факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, где изучаются вопросы общей физиотерапии и курортологии. В преподавании широко используются результаты научных исследований, полученных коллективом кафедры факультетской терапии при обосновании лечебного применения природных и преформированных факторов.

Более 25 лет кафедра факультетской терапии занимается научным обоснованием и внедрением

лечебных факторов санатория «Ува» (Удмуртская Республика) при болезнях внутренних органов. За эти годы выполнены и успешно защищены 4 докторских и 15 кандидатских диссертаций [3]. Научные исследования сотрудников кафедры позволили внедрить в практическое здравоохранение и профилактическую медицину питьевую бальнеотерапию при хроническом атрофическом гастрите (Ю.В. Горбунов, Э.С. Паутов), гастродуодените (С.П. Субботин), гастродуоденальных проявлениях диффузного токсического зоба (Л.М. Пискун) и постхолецистэктомическом синдроме (Г.И. Абдуллина), СМТ-пелоидотерапию – при бульбарных язвах (М.А. Жукова, Н.Г. Чернышева), хроническом бескаменном холецистите (А.М. Филимонов) и первичных хронических дуоденитах (М.В. Старовойтова) [2, 5, 9], СМТ-бальнеотерапию – при постваготомических гастропатиях (И.Г. Малахова), хронических гастритах (В.Н. Колясев), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (М.Д. Михайлова), синдроме раздраженного кишечника (А.Е. Шкляев) и эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны (А.Г. Бессонов) [1, 4, 6, 8]. Инициатор и идейный вдохновитель многолетнего сотрудничества между Ижевской государственной медицинской академией и санаторием «Ува» – профессор А.М. Корепанов – признан основателем научной школы «Природные и преформированные лечебные факторы – для здоровья человека».

Работа по изучению лечебного действия местных курортных факторов ведется несколькими кафедрами Ижевской государственной медицинской академии. Так, на кафедре пропедевтики внутренних болезней научно обоснована питьевая бальнеотерапия минеральной водой «Увинская» при постгастрорезекционных синдромах и докаменной стадии желчнокаменной болезни (А.Ю. Горбунов), на кафедре педиатрии – при патологии органов пищеварения у детей (Р.Н. Ямолдинов), на кафедре акушерства и гинекологии – СМТ-электрофорез торфяной грязи при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов (В.Я. Наумова).

Таким образом, современная модель взаимодействия высшего медицинского образования и практического здравоохранения в Российской Федерации требует усиления профилактической направленности медицинской помощи населению страны. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения сопряжена с разработкой и внедрением инновационных технологий диагностики и лечения. Научно-практическое

сотрудничество Ижевской государственной медицинской академии и санатория «Ува» позволяет разрабатывать новые производственные и лечебные технологии с использованием местных природных факторов и внедрять их в систему медицинской профилактики и реабилитации. Наличие межкафедральной программы преподавания физиотерапии и курортологии с освоением основного блока знаний и умений на кафедре факультетской терапии позволяет сформировать у студентов верное понимание роли и места данного курса в современной системе высшего медицинского образования. Полученные выпускниками академии знания, навыки и умения позволяют повысить качество оказания медицинской помощи больным в организациях практического здравоохранения, усилить роль местных здравниц в системе вторичной профилактики заболеваний человека.

Список литературы:

1. Бессонов, А.Г. Динамика уровня пепсиногена в процессе СМТ-бальнеотерапии при гастродуоденальных эрозиях / А.Г. Бессонов, А.Е. Шкляев, Е.Г. Мальцева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2011. – № 1. – С. 35–37.
2. Горбунов, Ю.В. Эффективность СМТ-электрофореза торфяной грязи при первичном хроническом дуодените / Ю.В. Горбунов, С.П. Субботин, А.Е. Шкляев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2006. – № 4. – С. 25–27.
3. Ижевская государственная медицинская академия и санаторий «Ува»: подготовка медицинских кадров высшей квалификации / Ю.В. Горбунов [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 1. – С. 64–66.
4. Клинико-морфологическое обоснование применения СМТ-электрофореза хлоридного йодобромного сероводородного рассола санатория «Ува» при постваготомических расстройствах (Удмуртская Республика) / И.Г. Малахова [и др.] // Морфологические ведомости. – 2005. – № 1–2. – С. 103–105.
5. Клинико-морфологическое обоснование СМТ-пеллоидотерапии при дуоденальной патологии / А.Е. Шкляев [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2011. – № 3. – С. 18–21.
6. Клинико-морфологическая оценка эффективности СМТ-бальнеотерапии при синдроме раздраженного кишечника / А.М. Корепанов [и др.] // Морфологические ведомости. – 2007. – № 1–2. – С. 174–176.
7. Корепанов, А.М. СМТ-пеллоидотерапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.М. Корепанов, А.Е. Шкляев. – Ижевск, 2005. – 78 с.
8. Механизмы саногенетического действия СМТ-фореза лечебного рассола санатория «Ува» при эрозивных поражениях желудка / А.Е. Шкляев [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. – № 4. – С. 96–98.
9. Опыт лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки СМТ-электрофорезом торфяной лечебной грязи в условиях дневного стационара / А.М. Корепанов [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. – № 5. – С. 22–25.
10. Шкляев, А.Е. Сравнительная оценка эффективности медикаментозного и немедикаментозного лечения гастроэнтерологических больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Е. Шкляев. – Москва, 2007. – 42 с.

УДК 611.018.1

А. А. Соловьёв

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРИЖИЗНЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭКСФОЛИАТИВНЫХ КЕРАТИНОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА

Соловьёв Александр Александрович — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, Коммунаров, 281, тел. 8 (3412) 91-82-94, e-mail: solcyto@udm.ru

На основе своих научных работ автор проводит анализ функций клеток. В основе анализа клетки полости рта и влагалища.

Ключевые слова: микроэлектрофорез клеток

A. A. Solovyov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Histology, Cytology and Embryology

NEW DIRECTIONS IN THE INTRAVITAL STUDY OF HUMAN EXFOLIATIVE KERATINOCYTES

Solovyov Alexandr Alexandrovich — Associate Professor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 91-82-94, e-mail: solcyto@udm.ru

On the basis of his own scientific work the author analyzes functions of the cells. Cells of the oral cavity and vagina are analyzed.

Key words: microelectrophoresis of cells

Среди клеток человека лишь немногие сохраняют свою жизнедеятельность вне организма. К таковым относятся фибробласты и кератиноциты. Кератиноциты могут быть использованы

для определения уровня биологической адаптации человека, эффективности проводимого лечения, реакций на лекарственные средства. Доступность кератиноцитов позволяет исполь-

зовать их для диагностических целей [1] в качестве неинвазивных методов.

Благодаря достижениям иммунологии расширились представления о роли кератиноцитов в организме. Известно, что они способны продуцировать цитокины и хемокины (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, гранулоцитарномacroфагильный колониеобразующий фактор, простагландины, гамма-интерферон, лейкотриены и другие). Кератиноциты полости рта и, возможно, влагалища чувствительны к интерферонам. В ответ на действие внешних интерферонов происходит усиленное образование гамма-интерферона в эпителиоцитах, а также возрастает цитотоксичность естественных киллеров. Альфа-интерферон усиливает экспрессию МНС-II на кератиноцитах. Функциональный статус кератиноцитов, их антимикробные и противовирусные эффекты зависят от степени их зрелости. В реакциях кератиноцитов слизистой оболочки полости рта и влагалища могут просматриваться черты сходства. Вместе с тем, особенности кератиноцитов влагалища принципиальны. Симбиоз с бактериями, разлагающими сахар для выработки молочной кислоты, создает новые структурно-функциональные черты. Известно, что кератиноциты влагалища содержат много рецепторов к эстрогенам и прогестерону [2].

Цель исследования: разработка оптимальных условий для прижизненного инкубирования кератиноцитов влагалища и полости рта.

Материал и методы исследования: клетки влагалища 14 женщин в возрасте от 25 до 45 лет, а также их буккальные эпителиоциты, полученные с помощью шпателя.

После получения их помещали в инкубационную среду для последующего исследования с помощью микроэлектрофореза.

Результат исследования и их обсуждение. На основе проводимых нами исследований мы выяснили важные для клинической практи-

ки факты. Кератиноциты слизистой оболочки полости рта жизнеспособны при температуре 18–35°C в течение 5–6 суток в 0,9% растворе хлорида натрия. Эти клетки могут быть использованы как индикаторы биологической адаптации человека. Клетки приобретают специфические признаки строения и функций при воспалительных процессах и при аллергии в полости рта. Клетки различно реагируют *in vitro* на растворы лекарственных и биологически активных средств.

При исследовании кератиноцитов влагалища нами установлено, что при инкубации их в 0,9% растворе хлорида натрия или растворе Рингера они не проявляют признаков биоэлектрической активности при микроэлектрофорезе. Обязательным компонентом инкубационной среды для выживания клеток является молочная кислота [3]. Содержание молочной кислоты не должно превышать 3–5 г/л.

Доступность кератиноцитов, их высокая чувствительность и достаточно высокая выживаемость в искусственной среде делают эти клетки надёжными для диагностических целей и для определения эффективности лечения.

Вывод. Буккальные кератиноциты могут быть инкубированы в течении 5–6 суток в 0,9% растворе хлорида натрия с сохранением жизнеспособности. Кератиноциты слизистой оболочки влагалища жизнеспособны при наличии в 0,9% растворе хлорида натрия 3–5 г/л молочной кислоты.

Список литературы:

1. Гончаренко, М. С. Дифференцировка клеток в соскобах буккального эпителия в норме и при псориазе / М. С. Гончаренко, В. В. Петруняк, Е. А. Ерещенко // Архив патологии. – 1992. – Т. 54, № 9. – С. 29–33
2. Сергеев, П. В. Рецепторы физиологически активных веществ / П. В. Сергеев, Н. Л. Шимановский, В. И. Петров. – Волгоград, 1999. – 640 с.
3. Япеев, В. А. Способ диагностики воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища: пат. РФ № 2134535, 1999 г. / В. А. Япеев, А. А. Соловьёв, А. С. Япеев.

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*.