



F
U

ISSN 1994-8921

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

**№1
2015**

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

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

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 1

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2015

IZHEVSK • 2015

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **Л.Л. Майор** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора; **П. Тамаш** (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*; **P. Tamas** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.В. Богатов (Тверь); **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.Н. Чураков** (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

V.V. Bogatov (*Tver*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **L.N. Buranova** (*Izhevsk*); **O.A. Korepanova** (*Izhevsk*), **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Razin** (*Izhevsk*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvykar*); **A.D. Churshin** (*Izhevsk*); **Al. N. Churakov** (*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

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2015

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 30.04.2015. Подписано в печать 16.04.2015.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 6,9. Уч.-изд. л. 5,6.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ГБОУ ВПО «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.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Савельев

СВЯТАЯ ПАМЯТЬ – КАК ПРОЗРЕНИЕ 5

V. N. Savelyev

CHERISHED MEMORY AS ENLIGHTENMENT 5

Н. В. Поволоцкая, О. Н. Арасланов

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ И ПРАВОМЕРНОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ 7

N. V. Povolotskaya, O. N. Araslanov

ORGANIZATION OF CERTIFICATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND ITS OBJECTIVE AND LAWFUL IMPLEMENTATION DURING THE SWITCH-OVER TO EFFECTIVE CONTRACTS 7

А. В. Оксюзян, Е. Н. Макарова, И. Э. Шлеер

ПРОБЛЕМА ИСПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ 11

A. V. Oksuzyan, Ye. N. Makarova, I. E. Shleyer

PROBLEM OF PROVIDING STATE GUARANTEED STOMATOLOGIC SERVICES 11

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Е. А. Зими́на, Е. В. Димакова, М. К. Исхакова,

Д. А. Толмачев

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ ПОДРОСТКОВ И РОЛЬ СЕМЬИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 13

Ye. A. Zimina, Ye. V. Dimakova, M. K. Iskhakova,

D. A. Tolmachev

SEXUAL EDUCATION OF ADOLESCENTS AND THE ROLE OF FAMILIES AT THE PRESENT STAGE 13

В. Ф. Стафеев, Г. В. Васильева

ОПЫТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ УЧАЩИМИСЯ ЛИЧНОГО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ 16

V. F. Stafeyev, G. V. Vasilyeva

EXPERIENCE OF PUPILS' INDIVIDUAL PLANNING OF THEIR PERSONAL HEALTH-SAVING 16

Э. П. Сорокин, А. Я. Мальчиков, А. Е. Ворончихин,

С. В. Пономарев, Е. В. Шляева

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДИ И ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 19

E. P. Sorokin, A. Ya. Malchikov, A. Ye. Voronchikhin,

S. V. Ponomarev, Ye. V. Shilyaeva

ETIOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CONCOMITANT INJURIES OF THE CHEST AND ABDOMEN IN ELDERLY AND AGED PATIENTS 20

С. А. Вострикова, Н. И. Пенкина

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 21

S. A. Vostrikova, N. I. Penkina

ATOPIC DERMATITIS AND LIFE QUALITY OF ADOLESCENTS 22

Р. М. Загртдинова, Р. Н. Загртдинова

ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ 25

R. M. Zagrtdinova, R. N. Zagrtdinova

INDICATORS OF SOCIAL ADAPTATION AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH THE ACNE 25

М. Г. Микрюкова, Е. А. Тюлькина, Д. А. Толмачев,

М. К. Исхакова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 28

M. G. Mikryukova, Ye. A. Tyulkinina, D. A. Tolmachev,

M. K. Iskhakova

THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN IN THE UDMURT REPUBLIC 28

ЭКОЛОГИЯ

Г. А. Никитина

КУМЫШКА В ТРАДИЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ И В СОВРЕМЕННОЙ ЖИЗНИ УДМУРТОВ 33

G. A. Nikitina

HOME-DISTILLED VODKA IN TRADITIONAL SOCIETY AND CONTEMPORARY LIFE OF THE UDMURTS 33

Г. А. Никитина

ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ УДМУРТОВ 37

G. A. Nikitina

HISTORY OF STUDYING UDMURT FOLK MEDICINE 37

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Я. М. Вахрушев, Е. А. Кудрина, А. Ю. Горбунов

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 43

Ya. M. Vakhrushev, Ye. A. Kudrina, A. Yu. Gorbunov

EPIDEMIOLOGY OF CHOLELITHIASIS IN THE UDMURT REPUBLIC 43

| | | | |
|--|----|--|----|
| <i>А. Е. Шкляев, Е. М. Вахрушева, Н. В. Комиссарова, Н. Е. Любимова, И. В. Курятникова, Ф. В. Сафиуллина</i> | | <i>S.V. Ponomaryov, E.P. Sorokin, A.Ya. Malchikov, Ye.V. Shilyaeva, O.S. Kaluzhskikh</i> | |
| ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. | 46 | EFFECTIVENESS OF EARLY NUTRITIONAL SUPPORT OF PATIENTS WITH TRAUMAS | 52 |
| <i>А. Ye. Shklyayev, Ye. M. Vakhrusheva, N. V. Komissarova, N. Ye. Lyubimova, I. V. Kuryatnikova, F. V. Sa-fiullina</i> | | <i>Р. Н. Загртдинова, Н. В. Ляшенко, Л. П. Арзикеева</i> | |
| GASRTOENTEROLOGIC COMPLICATIONS OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISTURBANCE. | 47 | ПРЕПАРАТЫ ЦИНКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ | 54 |
| | | <i>R. N. Zagrtdinova, N. V. Lyashenko, L. P. Arzikeyeva</i> | |
| <i>А. Б. Сухарев</i> | | ZINC PREPARATIONS IN COMPLEX THERAPY OF ACNE | 54 |
| ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ... | 50 | ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ | |
| <i>А. В. Sukharev</i> | | <i>А. В. Шишкин, Н. Г. Овчинина, Е. Н. Никитин, С. С. Бессмельцев, Н. В. Бакелева, А. В. Петров, И. А. Сергеева, А. Т. Латыпов</i> | |
| HEMODYNAMIC FEATURES IN THE «MOTHER-PLACENTA-FETUS» SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH ECTOPIC BEATS AND PAROXYSMAL TACHYCARDIA | 50 | ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЭКСПРЕССИИ АНТИГЕНОВ КЛЕТОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ БИОЧИПОВ | 57 |
| | | <i>А. V. Shishkin, N. G. Ovchinina, E. N. Nikitin, S. S. Bessmeltsev, N. V. Bakeleva, A. V. Petrov, I. A. Sergeyeva, A. T. Latypov</i> | |
| <i>С. В. Пономарев, Э. П. Сорокин, А. Я. Мальчиков, Е. В. Шиляева, О. С. Калужских</i> | | DETERMINATION OF CELLULAR ANTIGEN CO-EXPRESSION USING IMMUNOLOGICAL MICROARRAYS | 57 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ ... | 52 | | |

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61 (091)

В. Н. Савельев

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

СВЯТАЯ ПАМЯТЬ — КАК ПРОЗРЕНИЕ

Савельев Владимир Никифорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 52-62-01, www.igma.ru

В статье описывается ратный подвиг сотрудников Ижевского государственного медицинского института — участников Великой Отечественной войны. Дана характеристика оказания медицинской помощи раненым бойцам в эвакогоспиталях Удмуртии.

Ключевые слова: 70 лет Победы; участники Великой Отечественной войны; эвакогоспитали.

V. N. Savelyev

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

CHERISHED MEMORY AS ENLIGHTENMENT

Savelyev Vladimir Nikiforovich — Doctor of Medical Sciences, Professor

The article describes the feat of arms of the faculty members of Izhevsk State Medical Institute, the participants in the Great Patriotic War. The characteristics of providing medical care for wounded combatants in evacuation hospitals of Udmurtia are given.

Key words: 70th Anniversary of the Victory; participants in the Great Patriotic War; evacuation hospitals

В этом году отмечается 70-летняя годовщина Победы над фашистской Германией. Особая заслуга в достижении великой Победы принадлежит врачам, фельдшерам и сестрам милосердия. Они спасали раненых и больных от смерти на поле боя, восстановив здоровье вновь возвращали солдат в строй. Медицинским работникам нередко приходилось рисковать своей жизнью: по числу боевых потерь военные медики были на втором месте после солдат стрелковых рот и батальонов. И это не случайно, в 84% случаев медики, помогая раненым на поле боя, совершали настоящий героический подвиг. Среди них были и наши профессора, преподаватели: супруги Евдокия Тимофеевна и Андрей Матвеевич Артемьевы, Юрий Александрович Башков, Виктор Карлович Беккер, Валентина Николаевна Белоусова, Любовь Владимировна Вахрушева, Аркадий Павлович Верещагин, Арсений Михайлович Загребин, Наталья Аркадьевна Иконникова, Василий Фомич Машагатов, Терентий Михайлович Орешков, Иван Емельянович Се-

мынин, Александр Андреевич Солопаев, Гавриил Григорьевич Стерхов, Владимир Васильевич Сумин, Руфимма Николаевна Тетерина, Людмила Федоровна Шинкарева, Григорий Эльевич Шинский, Александр Иванович Зверев.

В Наркомздраве Удмуртской АССР был создан отдел эвакогоспиталей, и возглавляла его Екатерина Федоровна Опалева. По свидетельству главного хирурга тыловых госпиталей Удмуртской АССР С.И. Ворончихина и главного терапевта М.Н. Тумановского в кратчайший срок удалось развернуть в республике более 50-ти эвакогоспиталей. Консультантами в них были профессора С.А. Флеров, А.М. Родигина, И.В. Гольфарб, Э.М. Визен, А.Л. Лещинский, доценты И.И. Кальченко, Т.Н. Макарова, А.Н. Семакин и другие. Эти люди делали все для того, чтобы лечение раненых было успешным и многие могли возвратиться на фронт. Одновременно наши преподаватели в госпиталях осуществляли подготовку медицинских кадров. В условиях войны отчетливо намечалась

тенденция специализации медицинской помощи. Прежде всего это было связано с организацией клинических кафедр Ижевского государственного медицинского института. Так, по инициативе профессора М. А. Благовещенского была организована хирургическая помощь во внебольничной сети. Доцент В. В. Задиева начала развивать рентгенологическую помощь. Профессор В. А. Аккерман осуществлял совершенствование психиатрической помощи. Профессор Г. А. Дерман впервые организовал срочную микродиагностику опухолей у операционного стола. К началу Великой Отечественной войны в УАССР было всего 65 больниц, 283 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пункта, а на 10000 жителей приходилось всего три больничные койки и 4 врача, все они были готовы принимать участие в лечении раненых и больных военнослужащих.

В первые годы войны на территории республики действовали 53 эвакуационных госпиталей, в которых находилось более 18 тысяч солдат и офицеров Красной Армии, до окончания войны насчитывалось около 70-ти госпиталей. Они размещались в лучших зданиях больниц, санаториев, школ г. Ижевска, и в других городах, пристанционных селах и поселках Пычассе, Малой Пурге, Уве, Кизнере, Балезино, Яре, Пудеме, на станциях «Чепца» и «Областная».

Более четырехсот медицинских работников, в том числе 46 хирургов республики, лечили раненых бойцов. Главному хирургу, доценту, а позднее профессору Семену Ивановичу Ворончихину удалось собрать лучших специалистов, профессоров и доцентов Ижевского медицинского института, которые вложили немало сил и мастерства в организацию лечебного процесса. Каждый из них консультировал в нескольких госпиталях. Так, например, профессор М. А. Благовещенский руководил лечением раненых в 5-ти госпиталях, профессора С. А. Флеров, С. Я. Стрелков, И. И. Кальченко консультировали раненых в двух госпиталях, директор мединститута профессор Н. Ф. Рупасов возглавлял лечебную работу в восстановительном госпитале. Ведущие специалисты мединститута обучали молодых врачей и сами стояли у операционного стола, спасая жизни сотням бойцов. С. И. Ворончихин первым успешно провел редкую по тем временам операцию, удалив металлический осколок из мышцы сердца раненого, который полностью выздоровел. Без единого смертельного исхода были удалены осколки и пули из легкого у восьмидесяти раненых бойцов.

На базе эвакуационных госпиталей медики проводили исследовательскую работу, в годы войны они написали 177 научных работ, внесли до 25 рационализаторских предложений. Итоги деятельности медицинской службы Красной Армии в годы войны: 72,3% раненых, 96,6% больных солдат и офицеров были излечены и возвращены в войсковые части для продолжения службы. Большую организационную работу по созданию эвакуационных госпиталей в военные годы проводил Наркомат здравоохранения УАССР во главе с Феклой Андреевной Растегаевой. Активно действовал Комитет помощи раненым, руководимый секретарем Удмуртского обкома ВКП И. В. Николаевым. В состав Комитета также входили представители правительства, военкомата, профсоюзных организаций республики. Комитет содействовал материально-техническому оснащению госпиталей, снабжению их продуктами питания, созданию при них подсобных хозяйств. По указанию Комитета помощи раненым среди населения несколько раз организовывался сбор посуды, постельных принадлежностей, теплых вещей для госпиталей.

К шефству над госпиталями были привлечены сотни республиканских учреждений, промышленных предприятий, колхозов и совхозов. Шефствующие организации оказали помощь с оборудованием, ремонтом госпиталей, обеспечили их топливом. Так, например, Ижевский машиностроительный завод выделил имущество для оборудования 5-ти госпиталей, закупал подарки раненым бойцам на сумму более миллиона рублей, ежегодно обеспечивал подшефные госпитали дровами, ремонтировал помещения, снабжал дефицитным материалом.

Шефы, среди которых были и дети, устраивали в госпиталях концерты, театрализованные представления. Многие дежурили ночами у постелей тяжелобольных воинов, стирали им белье, писали письма родным.

Шефская работа сыграла исключительную роль для поддержания морального духа раненых, находящихся в военное время на излечении в Удмуртской АССР.

Большое значение для быстрого излечения раненых имело донорское движение. Около 1000 доноров республики сдавали свою кровь для бойцов Красной Армии.

Наши ветераны – наша гордость, наша слава. Они не прошлое, это мы – их наследие.

УДК 331.108.43

Н. В. Поволоцкая, О. Н. Арасланов

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

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ И ПРАВОМЕРНОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

Поволоцкая Наталья Валерьевна — главный врач; 426069, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, 32 а, тел.: (3412) 59-86-88, E-mail: muzsp3@rambler.ru; Арасланов Олег Нариманович — юрисконсульт

Рассмотрены основные проблемы организации проведения аттестации медицинских работников и ее объективное и правомерное осуществление при переходе на эффективный контракт. Проанализированы нормы правового регулирования процесса аттестации, рекомендации по организации аттестации работников при переходе на «эффективный контракт» и разработана матрица показателей и критериев эффективности деятельности медицинского работника при аттестации.

Ключевые слова: аттестация персонала; эффективный контракт; медицинские работники; эффективность деятельности медицинского работника

N. V. Povolotskaya, O. N. Araslanov

Stomatological Polyclinic No.3, Izhevsk

ORGANIZATION OF CERTIFICATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND ITS OBJECTIVE AND LAWFUL IMPLEMENTATION DURING THE SWITCH-OVER TO EFFECTIVE CONTRACTS

Povolotskaya Natalya Valeryevna — Head Doctor; Araslanov Oleg Narimanovich — Legal Adviser

The article deals with the main problems of organizing certification of health care professionals and its objective and lawful implementation during the switch-over to effective contracts. Legal regulation standards of certification process and recommendations for the organization of staff certification during the switch-over to effective contracts have been analysed. A matrix of indices and criteria has been worked out to assess efficiency of health care professional's actions during certification.

Key words: certification of the staff; effective contract; health care professionals; efficiency of health care professional's actions

Анализ государственных программ и планов мероприятий («дорожных карт») по проведению структурных реформ социальной сферы, содержащих целевые показатели (индикаторы) развития отраслей и меры, обеспечивающие их достижение, дает основания сделать вывод, что одним из центральных положений системы изменений, направленных на повышение эффективности здравоохранения является перевод работников сферы здравоохранения на «эффективный контракт». В то же время, ключевым этапом заключения с работником «эффективного контракта» является оценка уровня соответствия занимаемой должности или выполняемой работе – аттестация.

Представляя совокупность сложных юридически значимых действий процесс аттестации влечет за собой принятие важных итоговых решений – заключить с соискателем на должность «эффективный контракт» или расторгнуть его.

Предметом настоящего исследования является не добровольная аттестация персонала медицинского учреждения для получения квалификационных категорий в порядке, предусмотренном приказом Минздрава РФ от 23.04.2013 № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими

работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории», а аттестация, проводимая работодателем на соответствие работника занимаемой должности на основаниях и в порядке, предусмотренном Трудовым кодексом РФ [1].

Цель исследования: изучение нормативного правового регулирования процесса аттестации; разработка рекомендаций по организации аттестации работников при переходе на «эффективный контракт» и разработка матрицы показателей и критериев эффективности деятельности медицинского работника при аттестации.

Сегодня достаточно много вопросов вызывает проблема организации и проведения аттестации персонала медицинского учреждения. Основная задача проведения аттестации заключается в проверке профессиональных навыков, деловых качеств, специальных теоретических знаний работника, а также его умения применять их при выполнении трудовой функции, определенной трудовым договором.

Работодатели при проведении аттестации работников могут достичь различных целей. Одни стремятся повысить профессиональный уровень

своих работников, их ответственность за результат работы, рационально использовать их труд и достичь его высокой эффективности. А другие под предлогом не прохождения аттестации стараются уволить «неудобных», установить между работниками отношения, основанные не на достижении высоких профессиональных показателей в работе и здоровой конкуренции за рабочее место, а на личной преданности руководителю.

Возникновению подобных ситуаций способствует правовая неопределенность вопросов, связанных с аттестацией работников.

Трудовой кодекс РФ содержит лишь четыре статьи, содержащие нормы права, регулирующие вопросы аттестации. Две статьи содержат нормы права, которые регулируют общие вопросы аттестации: статья 81 и 82 ТК РФ, и две статьи, содержат специальные нормы права, регулирующие общие вопросы аттестации отдельных категорий работников. Это часть 10 статьи 332 ТК РФ «Особенности заключения и прекращения трудового договора с работниками образовательных организаций высшего образования», которая регулирует вопросы аттестации работников образовательных организаций высшего образования, и часть вторая статьи 351.3. «Некоторые особенности регулирования труда работников в сфере проведения специальной оценки условий труда».

Рассмотрим подробнее статьи 81 и 82 ТК РФ в части регулирования аттестации.

Согласно пункту 3 части первой статьи 81 ТК РФ трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации. При этом, согласно части второй статьи 81 ТК РФ порядок проведения аттестации устанавливается трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, принимаемыми с учетом мнения представительного органа работников. А согласно части третьей статьи 81 ТК РФ увольнение по основанию, предусмотренному пунктом 2 или 3 части первой статьи 81 ТК РФ, допускается, если невозможно перевести работника с его письменного согласия на другую имеющуюся у работодателя работу (как вакантную должность или работу, соответствующую квалификации работника, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую

работу), которую работник может выполнять с учетом его состояния здоровья. При этом работодатель обязан предлагать работнику все отвечающие указанным требованиям вакансии, имеющиеся у него в данной местности. Предлагать вакансии в других местностях работодатель обязан, если это предусмотрено коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

И только в случае отсутствия вакансий или работы, либо отказа от них работник может быть уволен.

Части 2 и 3 ст. 82 ТК РФ обязывают работодателя учитывать мотивированное мнение выборного органа первичной профсоюзной организации при увольнении работника, являющегося членом профсоюза, в случае несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации, а также обязывают работодателя при аттестации, по итогам которой возможно увольнение работников, включить в состав аттестационной комиссии представителя выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации.

Специальной нормой – частью 10 статьи 332 ТК РФ «Особенности заключения и прекращения трудового договора с работниками образовательных организаций высшего образования» (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ) – предусмотрена аттестация работников образовательных организаций высшего образования: «до истечения срока избрания по конкурсу, предусмотренному частью третьей настоящей статьи, или в течение срока срочного трудового договора в целях подтверждения соответствия работника занимаемой им должности научно-педагогического работника может проводиться аттестация (часть вторая статьи 81 настоящего кодекса). Положение о порядке проведения аттестации работников, занимающих должности научно-педагогических работников, утверждается в порядке, устанавливаемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

На этом правовое регулирование вопросов проведения аттестации работников нормами ТК РФ заканчивается. При этом аттестация медицинских работников не регулируется специальными нормами ТК РФ.

В Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы [2],

вводящей эффективный контракт, а также в других нормативно-правовых актах не содержится обязательного требования по проведению предварительной аттестации медицинских работников при оформлении с ними трудовых отношений в рамках перехода на эффективный контракт. В соответствии с подп. «к» п. 7 Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год [3], установление и изменение систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений осуществляется с учетом порядка аттестации работников государственных и муниципальных учреждений, устанавливаемого в соответствии с законодательством РФ.

Каковы же основные этапы процесса аттестации?

Общие указания на этапы аттестации приведены в Письме Минздрава России № 16/3/10/1–1084 от 11.03.2014 «Рекомендации по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения» [4].

Так, согласно абзацу 2 пункта 6 Рекомендаций на уровне организации при проведении оценки уровня соответствия занимаемой должности или выполняемой работе (аттестации) специалистов с последующим их переводом на «эффективный контракт» необходимо:

- провести разъяснительную работу среди коллектива, учитывая, что несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации, может повлечь расторжение трудового договора по инициативе работодателя;

- создать аттестационную комиссию с обязательным включением в нее представителя выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации;

- определить категории специалистов, которые не подлежат аттестации (беременные женщины, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, специалисты, отработавшие в организации (на занимаемой должности) менее года, лица, вышедшие на работу после длительного перерыва и др.);

- утвердить порядок проведения аттестации, включая план-график проведения аттестации по категориям работников и (или) структурным подразделениям, «пакет» документов представляемых аттестационной комиссии;

- провести аттестацию специалистов;
- принять необходимые меры по устранению выявленных в ходе проведения аттестации недостатков.

Согласно абзацу 9 п. 6 Рекомендаций в ходе подготовки и проведения аттестации специалистов должна быть проделана следующая работа (проверка):

- соответствие должностных обязанностей, определенных трудовым договором (должностной инструкцией) и фактически исполняемых трудовых обязанностей работника. Выявленные неточности должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт»;

- соответствие квалификации работника требуемой квалификации для выполнения должностных обязанностей. По итогам проверки, в частности, может быть принято решение о направлении работника на повышение квалификации;

- выполнение работником показателей эффективности деятельности, как установленных в организации, так и планируемых к введению при переводе работника на «эффективный контракт».

Если формальное деление процесса аттестации на этапы не вызывает каких-либо вопросов, то конкретное содержание отдельных этапов и задач аттестации остается нераскрытым.

В наибольшей степени, по мнению авторов настоящего исследования, это относится к решению важнейшей задачи аттестации – объективной, всесторонней и полной оценке профессиональных и личностных качеств работника учреждения, результатов его деятельности.

Как правило, указанная задача решается путем применения критериев и показателей оценки профессиональной компетенции, деловых и личностных качеств работника учреждения, которые должны наиболее полно и адекватно характеризовать вышеуказанные качества работника по соответствующей категории (должности).

Авторы обоснованно отмечают, что аттестация, предвзято перевод медицинского работника на «эффективный контракт», должна обеспечить преемственность и гармонизацию критериев и показателей эффективности деятельности, как установленных в организации, так и планируемых к введению, которые будут применяться для оценки деятельности работников в условиях «эффективного контракта».

Для реализации вышеуказанного принципа, в качестве основы для формирования критериев и показателей оценки профессиональной компетенции, деловых и личностных качеств работника учреждения, следует применять рекомендуемые показатели и критерии эффективности деятельности медицинских организаций, их руководителей и работников, предлагаемые в Методических рекомендациях 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, утвержденные Приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421 [5].

Согласно пункту 4 Методических рекомендаций показатели эффективности деятельности работников связаны с удовлетворенностью граждан качеством оказания медицинской помощи и отсутствием обоснованных жалоб. Также учитывается соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

Таким образом, при аттестации работника оценке подлежат, как минимум, такие показатели его работы как: отсутствие обоснованных жалоб, соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

В общем виде матрицу показателей и критериев эффективности деятельности медицинского работника при аттестации можно сформировать в виде таблицы, используя в качестве прототипа показатели и критерии оценки эффективности деятельности врача стационара, приведенные в Методических рекомендациях.

Что касается общего порядка организации аттестации, то помимо этапов, указанных выше, необходимо:

- внести изменения в коллективный договор в части изменений системы оплаты труда;

- в отношении каждого работника, переводимого на «эффективный контракт», уточнить и конкретизировать его трудовую функцию, показатели и критерии оценки эффективности деятельности согласно абзацу 3 п. 2 Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных приказом Минтруда России от 26.04.2013 № 167 н [6];

- разработать эффективный контракт (для работников, поступающих на работу) по форме, приведенной в приложении № 3 к Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы и дополнительное соглашение к трудовому договору (при оформлении трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных приказом Минтруда России от 26.04.2013 № 167 н, разработать уведомление работника о предстоящих изменениях в условиях трудового договора, определенных сторонами, а также о причинах, вызвавших необходимость таких изменений в соответствии с частью второй статьи 74 Трудового кодекса Российской Федерации, уведомить работника в письменной форме не позднее, чем за два месяца (пункт 5 Приказа Минтруда России от 26.04.2013 № 167 н);

- разработать Положение об аттестации работников учреждения на соответствие (несоответствие) занимаемой должности или выполняемой работе, являющееся локальным нормативным актом учреждения, принятым в соответствии со статьей 8 Трудового Кодекса Российской Федерации, ознакомить работников медицинской организации под роспись.

Матрица показателей и критериев эффективности деятельности медицинского работника при аттестации

| № п/п | Показатель | Критерий | Оценка (баллы) |
|-------|--|------------|----------------|
| 1. | Осложнение основного заболевания (количество пациентов с осложнением от общего количества пациентов) | Отсутствие | +2 |
| | | Менее 5% | +1 |
| | | 5% и более | 0 |
| 2. | Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов | Отсутствие | +1 |
| | | 1 и более | 0 |
| 3. | Соблюдение норм медицинской этики и деонтологии | Отсутствие | +1 |
| | | 1 и более | 0 |
| 4. | Обоснованные жалобы (рассмотрение врачебной комиссии) | Отсутствие | +1 |
| | | 1 и более | 0 |
| 5. | Дефекты в оформлении медицинской документации | Отсутствие | +1 |
| | | 1 и более | 0 |

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Работодатель – медицинская организация – вправе проводить аттестацию работников на соответствие их квалификации занимаемой должности, в т.ч. при переходе на эффективный контракт, в самостоятельно разработанном порядке, при условии неукоснительного соблюдения норм трудового законодательства, в том числе порядка принятия локальных нормативных актов, содержащих нормы трудового права, а также порядка изменения определенных сторонами условий трудового договора.

Результаты аттестации будут законны и обоснованны только при объективной, всесторонней и полной оценке профессиональных и личностных качеств работника медицинской организации, результатов его деятельности путем применения рекомендованных показателей и критериев эффективности деятельности медицинского работника, которые наиболее полно и адекватно характеризуют вышеуказанные качества работника по соответствующей категории (должности).

УДК 616.31-082

А. В. Оксюзян¹, Е. Н. Макарова², И. Э. Шлеер²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Удмуртская Республика

¹Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²Кафедра стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний

ПРОБЛЕМА ИСПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

Оксюзян Артур Валериевич – кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. E-mail: artur30st@mail.ru; Макарова Екатерина Николаевна – клинический интерн; Шлеер Ирина Эдуардовна – клинический интерн

В статье представлен обзор данных реформирования здравоохранения при оказании стоматологических услуг.

Ключевые слова: здравоохранение; стоматология; финансирование; медицинская услуга; территориальная программа обязательного медицинского страхования.

A. V. Oksuzyan¹, Ye. N. Makarova², I. E. Shleyer²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Disaster Medicine and Health and Safety

Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases

PROBLEM OF PROVIDING STATE GUARANTEED STOMATOLOGIC SERVICES

Oksuzyan Arthur Valerievich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Makarova Yekaterina Nikolayevna – Clinical Intern; Shleyer Irina Eduardovna – Clinical Intern

The article focuses on the analysis of the data on the reformation of health care in the field of stomatological service.

Key words: health care; stomatology; financing; medical service; territorial program of obligatory medical insurance.

В последние годы в стране в сфере здравоохранения снижается качество и доступность медицинской помощи населению. Социально обусловленные болезни – актуальная проблема.

Список литературы

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.12.2001) (ред. от 21.07.2014).

2. Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. N 2190-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 49, ст. 6909.

3. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год, утвержденные решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 25 декабря 2013 г., протокол № 11.

4. Рекомендации по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения: письмо Минздрава России № 16–3/10/1–1084 от 11 марта 2014 г.

5. Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления по видам учреждений и основным категориям работников, утвержденные Приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421.

6. Рекомендации по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденные приказом Минтруда России от 26.04.2013 № 167 н.

Недостаточное финансирование здравоохранения совмещается с низкой эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры медицинской помощи. Продолжает-

ся реформирование системы здравоохранения. Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи во многом носит декларативный характер, так как не обеспечена в полном объеме финансовыми средствами. Дефицит средств по ней составляет 30–40% от потребности (в некоторых случаях пациенты платили даже за то, что должны были получить бесплатно). В тяжелом положении оказались наименее обеспеченные граждане. Отсутствие конкретизации государственных гарантий медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания приводит к росту объемов «теневых» медицинских услуг, служебным злоупотреблениям и социальной напряженности, а учитывая сегодняшний уровень достатка, платные медицинские услуги являются недоступными для большинства населения страны [1].

Цель реформирования – улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, развития профилактической направленности деятельности медицинских организаций и формирования здорового образа жизни при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли. В настоящее время основными направлениями реформирования здравоохранения являются совершенствование нормативно-правовой базы и финансово-экономического механизма отрасли, научная организация оказания медицинской помощи, включая использование принципов доказательной медицины и математическое моделирование деятельности медицинских организаций, формирование личностных установок людей в пользу здорового образа жизни и восприятия здоровья как важнейшей жизненной ценности [2, 3].

Одним из источников финансирования стоматологической помощи является система обязательного медицинского страхования. Данная система имеет ряд недостатков, включая несбалансированность программ по видам и объемам медицинской помощи с размерами финансирования. В нашей стране нет общепризнанной методики определения показателя – потребления стоматологических услуг населением. Используется показатель – число посещений за стоматологической помощью. Это нельзя признать методически корректным, поскольку оценка работы врача стоматолога по числу посещений не отражает истинной картины его трудозатрат, сомнения вызы-

вает и предлагаемый перевод условной единицы трудоемкости (УЕТ) в посещения (коэффициент 0,76), использование которого не только искажает истинные объемы оказания стоматологической помощи, но и снижает их. Стоимость одной УЕТ в регионах варьирует от 13,11 руб. в Тульской области до 178 руб. в Чукотской области (по данным ФФОМС). В Удмуртской Республике стоимость одной УЕТ для терапевтической стоматологической помощи составила 134,78 руб., хирургической помощи – 133,97. В Пермской области одна УЕТ за терапевтическую стоматологическую помощь составила 104 руб., хирургическую – 103 руб. [4] Проблема недофинансирования стоматологических учреждений упирается в несоответствие установленных тарифов размерам необходимых затрат на оказание стоматологической помощи. При формировании тарифов на стоматологические услуги учитываются расходы по таким статьям как заработная плата с начислениями, медицинские расходы (медикаменты, материалы, инструменты), мягкий инвентарь по его износу. За счет средств медицинского страхования не возмещаются затраты на содержание зданий (электроэнергия, тепло), приобретение и эксплуатацию оборудования. Фактическим источником для покрытия дефицита финансирования деятельности по оказанию бесплатной стоматологической помощи в основном является доход от реализации платных услуг.

Таким образом, системное реформирование отрасли должно включать в себя финансово-экономическую реформу, в том числе кадровую, материально-техническую реструктуризацию. Повышение качества управления отраслью должно основываться на научно обоснованных технологиях современного менеджмента и развития медицинской практики, основанной на результатах клинико-экономического анализа.

Список литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году / под ред. д-ра мед. наук А. Д. Чуршина, д-ра мед. наук Н. С. Стрелкова, канд. мед. наук А. В. Шаклеина. – Ижевск: РМИАЦ МЗ УР, 2014.
2. **Бутова, В. Г.** Анализ расходов на оказание стоматологической помощи, предоставляемой по программе ОМС взрослому населению с заболеваниями тканей пародонта / В. Г. Бутова, К. В. Умарова // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. – № 3. – С. 15–19
3. **Бутова, В. Г.** Экспертиза качества стоматологической помощи: практическое руководство / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский. – М., 2005. – 191 с.
4. <http://medbe.ru/materials/organizatsionnye-voprosy-v-stomatologii/ Problemy-organizatsii-stomatologicheskoy-pomoshchi-v-sisteme-obyazatelno-go-meditsinskogo-strakhovani/>

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

УДК 613.88: 613.96

Е. А. Зими́на¹, Е. В. Дима́кова², М. К. Исха́кова¹, Д. А. Толма́чев¹

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

²БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», Удмуртская Республика

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ ПОДРОСТКОВ И РОЛЬ СЕМЬИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Зими́на Елена Аркадьевна — консультант управления по профилактике и охране здоровья граждан Администрации города Ижевска кандидат медицинских наук; 426070, г. Ижевск, ул. Пушкинская, 276, тел.: 8 (3412) 414781; +7 (905)8765606, E-mail: elena0616@yandex.ru; **Дима́кова Елена Владимировна** — заведующий центром контроля и профилактики ИППП у детей и подростков «Доверие» РКВД; **Исха́кова Марьям Камильевна** — аспирант кафедры; **Толма́чев Денис Анатольевич** — старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук

Снижение возраста полового созревания, отсутствие грамотного полового воспитания ведут к росту половых связей и венерических заболеваний в подростковой среде. Среди населения 15–17 лет города Ижевска в последние пять лет отмечается тенденция к росту хламидийной (на 8,8%) и герпетической инфекции (на 2,1%). К 17 годам происходят половые контакты у каждого пятого подростка (22%). Среди школьников 15–17 лет отмечается низкий уровень знаний по венерическим заболеваниям и вопросам контрацепции.

Ключевые слова: подросток; половое воспитание; инфекции, передаваемые половым путем; профилактика заболеваний.

Ye.A. Zimina¹, Ye.V. Dimakova², M.K. Iskhakova¹, D.A. Tolmachev¹

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

²Republic Dermatovenereologic Clinic, Udmurt Republic

SEXUAL EDUCATION OF ADOLESCENTS AND THE ROLE OF FAMILIES AT THE PRESENT STAGE

Zimina Yelena Arkadyevna — Consultant of the Department of Prophylaxis and Health Protection of Izhevsk City Administration Candidate of Medical Sciences; **Dimakova Yelena Vladimirovna** — Head of the Centre for Control and Prevention of STI in Children and Adolescents «Doveriye»; **Iskhakova Maryam Kamilevna** — Postgraduate; **Tolmachev Denis Anatolyevich** — Senior Lecturer Candidate of Medical Sciences

Decrease of pubescent age and the lack of competent sex education at school and in the family lead to the increase of sexual activity and sexually transmitted diseases among adolescents. There has been an upward trend in Chlamydia infections (8.8%) and herpes infections (2.1%) among the population aged 15–17 in Izhevsk in the last five years. One out of five teenagers (22%) has had a sexual contact by the age of 17. Schoolchildren aged 15–17 have a low level of knowledge about contraception and sexually transmitted diseases.

Key words: adolescents; sexual education; sexually transmitted diseases; disease prevention.

На уровень полового созревания подростков оказывают влияние различные факторы. Подростки в крупных городах раньше переживают свой первый сексуальный опыт по сравнению с их сверстниками из небольших населенных пунктов [1]. Снижение возраста полового созревания (13–15 лет) наряду с отсутствием грамотного и этичного полового воспитания в семье и школе могут привести к росту незащищенных половых связей, венерических заболеваний и нежелательных беременностей в подростко-

вой среде [3]. В связи с этим актуальным является регулярное изучение особенностей полового поведения и уровня информированности подростков по вопросам профилактики венерических заболеваний, с последующей разработкой и реализацией программ полового воспитания при тесном сотрудничестве учителей, врачей, психологов и родителей [2].

Цель исследования: определить уровень информированности, потребность в получении информации по вопросам полового воспитания

и об инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП) среди подростков 15–17 лет и разработать на этой основе рекомендации, направленные на повышение их гигиенической грамотности.

Материалы и методы исследования. Город Ижевск, столица Удмуртской Республики, является крупным промышленным центром с численностью населения 637309 человек (на 01.01.2014 г.). Исследование проводилось в 2014–2015 гг. на базе трех типовых общеобразовательных городских школ. Проведен социологический опрос 450 подростков 15–17 лет. Источниками информации явились формы государственной статистической отчетности за 2009–2013 гг. и разработанная авторами анкета «Половое воспитание подростков 15–17 лет». Методы исследования: аналитический, статистический, социологический.

Результаты и обсуждение. За последние 10 лет (2004–2013) численность населения 15–17-ти лет в городе Ижевске снизилась в 2 раза (на 16743 человека или на 50,5%). При этом число и юношей и девушек снизилось равномерно – на 50,4% и 50,6% соответственно.

С 2006 по 2013 г. отмечается стойкая тенденция к снижению числа родов среди девушек 15–17 лет – с 38,7 до 13,2 на 1000 девушек или в 2,9 раза. Одновременно происходит равномерное снижение числа прерываний беременности – с 27,0 до 9,9 на 1000 девушек 15–17 лет (на 63,3%), в том числе у первобеременных – с 20,2 до 6,7 (на 66,8%).

В последние 5 лет (2009–2013) среди подростков 15–17 лет отмечается неравномерное изменение уровней заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем. Наибольшее значение показателя зарегистрировано в 2010 году (113,4 на 1000 населения 15–17 лет), а наименьшее – в 2013 году (81,6). При выравнивании уровней заболеваемости отмечается тенденция к ее снижению в среднем на 6,9% ежегодно. За данный период времени отмечается снижение уровней заболеваемости аногенитальными бородавками (средний темп снижения – на 24,2% ежегодно), гонококковой инфекцией (на 28,6%), трихомонозом (на 9,8%) и сифилисом (на 7,8%). Тенденция к росту заболеваемости зафиксирована по хламидийной инфекции (на 8,8% ежегодно) и герпетической инфекции (на 2,1%). По отдельным видам ИППП наибольшие значения уровней заболеваемости среди

подростков 15–17 лет в 2013 году отмечаются по хламидийной инфекции (48,1 на 10000 населения 15–17 лет) и аногенитальным бородавкам (14,0), а наименьшие – по сифилису (3,0) и трихомонозу (4,3).

В 2014–2015 гг. проведено анкетирование 450 школьников, из которых было 276 девушек (61,3%) и 174 юноши (38,7%). В структуре школьников по полу преобладали девушки в 1,6 раза ($p < 0,05$; $t = 4,0$).

Более 2/3 подростков (68,7%) сообщили, что их первый сексуальный опыт был в виде поцелуев и крепких объятий с противоположным полом, а треть (31,3%) имели те или иные виды сексуальных отношений, в том числе 22% – половой акт. При этом у юношей половые контакты были в 1,4 раза чаще, чем у девушек, в том числе в возрасте до 14 лет – в 9,4 раза чаще ($p < 0,05$).

Большинство школьников (89,3%) сообщили, что их сексуальные отношения с противоположным полом были по взаимному согласию, 6% отметили, что это произошло случайно, а 4,7% – что по желанию партнера.

Большинство подростков (70%) сообщили, что никогда не беседовали о контрацепции и инфекциях, передаваемых половым путем с родителями.

По мнению половины школьников (47,3%) идеальный возраст для вступления в брак для девушки – 23–25 лет (47,3%), более трети считают, – 20–23 года (33,3%), а десятая часть – 26 лет и старше (12,0%). По мнению 43,5% учащихся, идеальным для вступления в брак для юноши является возраст 23–25 лет, треть (29,3%) считают, что 26 лет и старше, пятая часть (20,7%) – 20–22 года.

Половина школьников (44,0%) затруднились с ответом на вопрос о необходимости наличия сексуального опыта у будущего супруга. Более трети считают, что подобный опыт должен присутствовать у их будущих жен и мужей (41,3%) и только 14,7% считают это неприемлемым.

Более половины подростков считают идеальным возрастом для начала половой жизни для девушки 18–19 лет (54,7%), треть назвали возраст 15–17 лет (26%), а 14,7% – 20–23 года. Большинство подростков считают идеальным возрастом для начала половой жизни для юноши 18–19 лет (42%) и 15–17 лет (40,6%).

Главной причиной для начала половой жизни, по мнению школьников обоих полов, яв-

ляется любовь (68%), более трети считают, что это достижение определенного возраста (34,7%), треть – готовность организма (31,3%) и более четверти – сексуальное влечение (28,7%).

Только половина школьников 15–17 лет (56%) знают, что без контрацепции при первом половом контакте можно забеременеть. При этом 41,3% дали ответ «как повезет», а 2,7% сообщили, что при первом половом контакте девушка забеременеть не может.

Большинство подростков (85,3%) считают, что заботиться о контрацепции при половом контакте должны оба партнера, десятая часть (10,7%) сообщили, что думать об этом должен юноша, а 4% – что девушка. При этом девушки в 1,3 раза чаще, чем юноши, считали, что думать о контрацепции должны оба партнера ($p < 0,01$).

Большинство подростков (90,7%) считают презервативы лучшим методом предохранения от беременности, пятая часть (22,7%) думают, что лучший способ контрацепции – это противозачаточные средства, 8% – календарный метод и 6% – метод прерванного полового акта. При этом 4% школьников сообщили, что предохраняться от ИППП не обязательно.

Более трети подростков (42%) считают, что девушкам до 18 лет можно принимать оральные гормональные контрацептивы после консультации с врачом-гинекологом, а пятая часть школьников (20%) сообщили, что принимать оральные контрацептивы до 18 лет нельзя из-за вреда для здоровья. При этом 38% учащихся ничего не знают о гормональных контрацептивах и способах их приема. Половина подростков (50%) ничего не знают о методах экстренной контрацепции и возможной частоте их использования, 9,3% считают, что данные методы можно использовать после каждого полового акта, а 8% сообщили, что использовать их нельзя из-за вреда для здоровья.

Большинство школьников (97,3%) знают, что ВИЧ-инфекция передается половым путем (ИППП), а 2/3 учащихся (66%) верно отнесли к ИППП сифилис. Только треть подростков (34%) знают о гонококковой инфекции, и только четверть (25,3%) о хламидиозе. При этом 11,3% учащихся ошибочно отнесли к ИППП другие, не передающиеся половым путем, инфекционные заболевания.

Большинство подростков (90,7%) знают о том, что большинством ИППП можно заразиться при

половом контакте, менее половины (44,7%) назвали способом заражения – переливание крови, чуть более трети (39,3%) – оральный и анальный секс. При этом десятая часть учащихся (10,7%) считают, что ИППП передаются при поцелуе, рукопожатии и тесных объятиях.

Большинство подростков (84,7%) считают, что в случае заражения ИППП необходимо об этом известить партнера, 14% уверены, что это нужно делать только имея постоянного партнера, а 1,3% думают, что сообщать об этом партнеру не обязательно.

Половина школьников (47,3%) не знают о центре «Доверие». Более половины школьников (54%) считают, что при первых симптомах ИППП следует обратиться в центр «Доверие», практически половина (46%) предпочли бы обратиться за помощью к родителям, 12,7% учащихся получили бы консультацию в интернете, 10% обратились бы к половому партнеру, а 2,7% посоветовались бы с друзьями.

Более половины подростков (64,7%) сообщили, что наиболее удобным источником информации о половой жизни, методах контрацепции и инфекциях, передаваемых половым путем, для них является Интернет. Практически треть (27,3%) отметили, что информацию на эти темы они предпочитают получать от друзей, 22% считают правильным расспросить об этом родителей. Менее десятой части школьников (9,3%) считают наиболее удобным и надежным источником по вопросам половой жизни статьи в журналах и брошюрах, а 4% – телевидение. Следует отметить, что девушки в 3,5 раза чаще юношей предпочитают получать информацию о половой жизни у родителей ($p < 0,01$).

Большинство подростков (83,3%) хотели бы прослушать лекцию по вопросам полового воспитания в школе, и только 16,7% сообщили, что им это не интересно. Половина школьников (52,7%) хотели бы прослушать лекцию о раннем сексуальном опыте и его влиянии на дальнейшую жизнь, треть (32,7%) – об инфекциях, передающихся половым путем, четверть (26%) – о современных методах контрацепции. При этом юноши более заинтересованы в получении информации о половых инфекциях (в 1,8 раза), чем девушки ($p < 0,05$).

Выводы. Заболееваемость подростков 15–17 лет инфекциями, передаваемыми половым путем, в последние пять лет имеет тенденцию к сни-

жению (на 6,9% ежегодно), при этом отмечается рост заболеваемости хламидийной (на 8,8%) и герпетической инфекциями (на 2,1%).

У каждого пятого подростка (22%) к 17 годам имеется опыт половых контактов, преимущественно в возрасте 15–16 лет (20,7%). Среди школьников 15–17 лет отмечается низкий уровень знаний по вопросам контрацепции, видам и симптомам ИППП и способам их передачи. Большинство школьников (70%) не обсуждают эти вопросы с родителями и не знают, куда нужно обращаться при возникновении симптомов ИППП.

Наиболее удобным и надежным источником информации о половой жизни и методах контрацепции для большинства подростков является

Интернет (64,7%) и лекции в школе (83,3%). На основании полученных данных для подростков 15–17 лет города Ижевска разработана электронная брошюра по вопросам полового воспитания и профилактики ИППП.

Список литературы

1. Куликов, А.М. Подростки в современной России: здоровье и медико-социальные особенности / А.М. Куликов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. 56, спецвып. – С. 36–39. – Библиогр.: с. 39.

2. Поднебесная, Э.И. Педагогические аспекты развития и укрепления социального здоровья подростков средствами информационных и коммуникационных технологий / Э.И. Поднебесная // Вестник ТГУ. Серия: гуманитарные науки. – 2007. – № 12 (56). – С. 218–221. – Библиогр.: с. 221.

3. Рахматулина, М.Р. Факторы риска, способствующие распространению ИППП среди подростков / М.Р. Рахматулина // Вестник последипломного медицинского образования. – 2008. – № 1. – С. 43–46. – Библиогр.: с. 27.

УДК 616

В. Ф. Стафеев¹, Г. В. Васильева²

¹ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»
Медицинский институт, Республика Карелия
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гигиены
²МБОУ Петрозаводского городского округа МОУ «Лицей № 13»

ОПЫТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ УЧАЩИМИСЯ ЛИЧНОГО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Стафеев Владимир Федорович — заведующий курсом гигиены кандидат медицинских наук, доцент; 185910, г. Петрозаводск, ул. Красноармейская, 31, тел. 8 (8142) 76-98-41, E-mail: stafeev@psu.karelia.ru; Васильева Галина Васильевна — директор

В статье представлен опыт разработки и использования «Индивидуального плана учащихся личного здоровьесбережения». Определены актуальность, цели и задачи, описаны первые результаты его внедрения. Доказана важность при его проведении медико-социального и педагогического сопровождения.

Ключевые слова: здоровьесбережение; школьники; мотивация; здоровый образ жизни; образовательная среда.

V. F. Stafeyev¹, G. V. Vasilyeva²

¹Petrozavodsk State University
Medical Institute, Republic of Karelia
Department of Propaedeutics of Internal Diseases and Hygiene
²Secondary Educational Establishment «Lycée No. 13»

EXPERIENCE OF PUPILS' INDIVIDUAL PLANNING OF THEIR PERSONAL HEALTH-SAVING

Stafeyev Vladimir Fyodorovich — Head of the Course in Hygiene Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Vasilyeva Galina Vasilyevna — Head Teacher

The materials of our experience of the development and use of «Pupils' individual plan of their personal health-saving» are presented in the article. The relevance, purposes and tasks are defined; the first results of its introduction are described. The importance of medico-social and pedagogical maintenance in carrying out the plan is being proved.

Key words: health-saving; pupils; motivation; healthy lifestyle; educational environment.

Задачи образовательного учреждения на современном этапе — сохранение и укрепление здоровья учащихся. Формирование здорового образа жизни подрастающего поколения — одно из наиболее важных положений программ оздоровления детей и подростков [1]. При прочих

равных условиях достигнуть более эффективно-го здоровьесбережения обучающихся можно путем активного включения самих учащихся и всех участников образовательного процесса в эту деятельность. Выработка у школьников мотивационно-ценностных установок самоохранитель-

ного поведения признается важнейшим компонентом программ по охране здоровья молодежи [6]. Это является важным «системостимулирующим» фактором здоровьесберегающего поведения обучающихся [2].

Цель работы: актуализация приоритетов школьников при подготовке к будущей самостоятельной жизни.

Задачи: оценка отношения обучающихся к своему здоровью; определение возможностей совершенствования здоровья за счёт возможностей внешней и внутренней среды; оценка учащимися полноты выполнения полученных медицинских назначений; получения навыков разработки мероприятий по укреплению своего здоровья.

Опыт подобного подхода апробирован нами на базе одного среднего образовательного учреждения среди учащихся десятых классов. Для предметного планирования личного здоровьесбережения школьникам была предложена специальная карта «Индивидуального плана здоровьесбережения». При ее заполнении (с личного согласия учащихся и их родителей) использованы метод фиксированного интервью, материалы амбулаторных карт, выдержки из разработанного в лицее методического пособия «Менеджмент классного руководителя в проведении здоровьесбережения обучающихся», исследования гигиенической грамотности педагогов и родителей.

В карте обучающимся предлагалось сформулировать личный девиз этого направления образа жизни. В рейтинге девизов первые пять мест занимали так называемые «амбициозные»: «Только вперёд!», «Бороться и искать, найти и не сдаваться!», «Не отступать и не сдаваться!», «Поставил цель – иди к ней!», «Пришёл, увидел, победил!». Среди прочих вариантов важно назвать такие, как отказ от курения и употребления алкоголя, активное занятие спортом.

Для оценки индивидуального здоровья и самоанализа в предлагаемом плане медицинскими работниками предварительно из амбулаторных карт были выкопированы медицинские рекомендации, сделанные по результатам периодических медицинских осмотров и обращений за медицинской помощью. Учащимся предлагалось оценить полноту их выполнения. Среди медицинских рекомендаций в плане первичной профилактики места распределились в следующей последовательности: соблюдение режима дня, курсы общеукрепляющей терапии (поливитамин), лечебная физкультура, массаж, дыха-

тельная гимнастика, занятие спортом, контроль физической нагрузки, бассейн. Среди рекомендаций второго уровня профилактики определены необходимые дополнительные консультации врачей-специалистов. Здесь на первом месте – консультации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, отклонений со стороны органов мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта. Приходится констатировать, что выполняются эти рекомендации школьниками крайне неудовлетворительно. Уровень их выполнения не превышает 50%. Эта проблема явилась поводом для специального исследования.

На матрице *SWOT*-анализа плана было предложено дать оценку «сильной и слабой сторон, возможностей и угроз» в системе организации личного здоровьесбережения. Известно, что подобный метод позволяет выявить внутренние и внешние факторы, способствующие достижению поставленных целей или осложняющие их выполнение. По мнению учащихся, «сильной стороной» являются такие, как близкое расположение детской поликлиники, поддержка семьи, личная заинтересованность в сохранении и укреплении здоровья, наличие в школе врача-педиатра, заинтересованность классного руководителя и других учителей, достаточная законодательно-правовая база получения медико-социальной помощи. В рейтинге оценок своих возможностей первое место занимает самообразование, более активное занятие спортом, более полное использование возможности детской поликлиники и других медицинских организаций города. Среди угроз, по мнению большинства опрошенных, учащихся беспокоят такие факторы, как возможное снижение качества жизни во время получения образования и дальнейшей жизни, возникновение медицинских противопоказаний для получения профессионального образования. Учащимся может быть впервые представилась возможность посмотреть на свой образ жизни с профессиональной позиции. Учитывая, что работа проводилась среди учащихся десятых классов, которые стоят на пороге социализации, важно было провести профориентационную работу. Оказалось, что большинство опрошенных уже сделали предварительный выбор профессии. Однако, только с половиной из них проводилось специальное профориентационное консультирование. Только каждый четвертый сопоставляет свою будущую специальность с состоянием здоровья.

На основании данной информации и анализа учащимся предлагалось составить план дальнейших оздоровительных мероприятий, определить потребности в оказании медико-социальной и психологической помощи, мероприятия по повышению двигательной активности вообще и совершенствованию техники личной работы. План предполагает оценку учащимися своего уровня гигиенической грамотности и разработку мероприятий по повышению ее уровня. В предлагаемом варианте индивидуального плана дан опросник, по которому учащийся имеет возможность определить состояние его нервно-психологической напряженности во время учебного процесса.

Для каждого ученика составляется два варианта плана. Один – с целью получения информации для последующей оценки мотивационно-ценностных установок, принятия управленческих решений медицинскими работниками, классными руководителями и родителями. Другой – более полный – выдается учащемуся и дополняется приложениями, которые содержат материалы с рекомендациями организации самостоятельной внеклассной работы, по созданию комфортной учебной среды. Кроме того, на основании представленных в карте материалов школьники могут самостоятельно оценить свое физическое развитие, уровень физической подготовленности. Отдельным блоком предложен комплекс различных специальных упражнений.

Уже на начальном этапе внедрение подобного опыта по здоровьесбережению с максимальным включением обучающихся показал довольно высокую их заинтересованность как в получении подобной информации, так и возможности самим анализировать проблему, пытаться найти способы ее решения.

Безусловно, успех выполнения данной программы будет зависеть от заинтересованности в ее выполнении не только самих учащихся, но и медицинских работников, классных руководителей, родителей.

Важным подспорьем для данной работы явилось проведение специальных исследований в таких направлениях, как «Вопросы повышения гигиенической культуры родителей». Формирование здорового поколения возможно, прежде всего, благодаря семейному воспитанию,

ориентированному на ценности знаний и навыков здорового образа жизни. Гигиеническое воспитание детей – одна из важных составляющих воспитательной деятельности каждого родителя. Данные обязанности закреплены Семейным кодексом РФ [7]. В частности, исследование показало выраженную зависимость организации полноценного питания школьников от уровня материального достатка семьи (частота полноценного школьного завтрака и дохода родителей). Важность государственной поддержки в обеспечении полноценного питания в этих случаях отмечал в свое время главный государственный санитарный врач РФ [5]. В этом же направлении было проведено исследование на тему: «Гигиеническая культура учителя». Известно, что залогом успешного образования и здоровья школьника является грамотный педагог, имеющий хорошее представление о гигиене и здоровом образе жизни, который может привить подопечным основы и навыки этих понятий и объяснить необходимость их соблюдения. Эта проблема при современной социально-экономической неустойчивости, психической напряженности современного общества остается достаточно актуальной. Это находит свое отражение в том, что реализация труда учителя находится в рамках определенных стереотипов. Все еще превалирует авторитарная модель образования, с одной стороны, недостаточный уровень валеологических знаний и умений, отсутствие стремлений к здоровому образу жизни, недостаток полного осознания его значимости для продуктивной профессиональной деятельности, с другой, являются предпосылками снижения уровня здоровья учителей, их активности в области эффективной пропаганды здорового образа жизни среди обучающихся. По результатам опроса были учтены пожелания в получении более широких возможностей для занятий физкультурой и спортом, пополнение знаний по вопросам рационального питания, обучения приемам саморегуляции психического самочувствия и другие. В целом повысилась санитарная грамотность учителей, которая регламентирована санитарным законодательством.

Одной из отправных точек в разработке «Индивидуальных планов учащихся организации здоровьесбережения» мы рассматриваем написание методического пособия «Менедж-

мент классного руководителя в проведении здоровьесбережения обучающихся». Выполнение многообразия задач в деле здоровьесбережения школьников невозможно без включения в эту работу классного руководителя. Велика роль его как координатора этой работы в конкретном классе. Решить эти задачи возможно только при разработке четкой системы управления. Проводимые нами и другими авторами [3] многолетние исследования свидетельствуют, что помимо организации и проведения традиционной учебно-воспитательной работы, одним из важнейших приоритетов деятельности классного руководителя на современном этапе является его совместная деятельность со всем коллективом школы, родителями и медицинскими работниками в области здоровьесбережения. На первый план выступает задача переосмысления способов воспитательного воздействия, формирования управленческих навыков, умений творчески разрешать возникающие проблемы, грамотно строить общение с воспитанниками. Наилучшим образом эту проблему можно решить на основе идей и технологий менеджмента, грамотно перенесённых в профессиональную деятельность классного руководителя. Чтобы работа была эффективна, необходимо знать, какие компоненты отношения и в какой степени у данного ученика сформированы. Для этой цели в методическом пособии используется психологический тест «Индекс отношения к здоровью» [4]. Это позволяет более объективно оценивать

и планировать санитарно-просветительную работу в классе.

Вывод. Опыт использования индивидуальных планов здоровьесбережения обучающихся доказал свою эффективность как один из путей сохранения здоровья. Успешность использования подобного направления зависит от уровня комплексности педагогического, медико-социального и родительского сопро-вождения.

Список литературы

1. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков в России / А. А. Баранов, В. Р. Кучма [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 120 с.
2. **Величковский, Б. Т.** Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 32 с.
3. **Дереклеева, Н. И.** Справочник классного руководителя / Н. И. Дереклеева. – М.: ВАКО, 2008. – 352 с.
4. **Дерябо, С. Д.** Отношение к здоровью и здоровому образу жизни: методика измерения / С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин // Директор школы. – 1999. – № 2. – С. 7–16.
5. **Онищенко, Г. Г.** Задачи и стратегия школьного питания в современных условиях / Г. Г. Онищенко // Вопросы питания. – 2009. – Том 78. – № 1. – С. 16–19.
6. **Проскурякова, Л. А.** Оценка заболеваемости, физического здоровья студентов и формирование самоохранительного поведения / Л. А. Проскурякова, Т. В. Бурнышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 15–17.
7. Российская Федерация. Законы. Семейный кодекс Российской Федерации: федеральный закон: принят Гос. Думой 8 декабря 1995 г.; по состоянию на 3 января 2007 г. – СПб.: Стаун-кантри, 2007. – 94 с.

УДК 616.71:617.5]-001.514-02-036.22-053.9

Э. П. Сорокин^{1,2}, А. Я. Мальчиков^{1,2}, А. Е. Ворончихин², С. В. Пономарев^{1,2}, Е. В. Шилиева²

¹ГБОУ ВПО «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

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДИ И ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сорокин Эдуард Павлович — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел. 89127459369, eр.sorokin@yandex.ru; Мальчиков Аркадий Яковлевич — главный врач заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор; Ворончихин Анатолий Евгеньевич — заведующий отделением торакальной хирургии; Пономарев Сергей Вячеславович — аспирант кафедры; Шилиева Елена Викторовна — врач анестезиолог-реаниматолог отделения

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, пролеченных в отделении торакальной хирургии в период с 2009 по 2013 год с сочетанными травмами груди и живота. Полученные данные показали, что каждый десятый пациент с сочетанной травмой груди и живота относится к группе людей пожилого и старческого возраста, при этом имеются различия в частоте встречаемости причин, гендерных особенностей и тяжести состояния.

Ключевые слова: сочетанные травмы; пожилой и старческий возраст; шкала ISS; шкала APACHE II; маркер стресса.

E. P. Sorokin^{1,2}, A. Ya. Malchikov^{1,2}, A. Ye. Voronchikhin², S. V. Ponomarev^{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

² Municipal Clinical Hospital No. 9, Izhevsk

ETIOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CONCOMITANT INJURIES OF THE CHEST AND ABDOMEN IN ELDERLY AND AGED PATIENTS

Sorokin Eduard Pavlovich – Associate Professor Candidate of Medical Sciences; **Malchikov Arkady Yakovlevich** – Head Doctor Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; **Voronchikhin Alexey Yevgenyevich** – Head of the Thoracic Surgery Department; **Ponomarev Sergey Vyacheslavovich** – Postgraduate; **Shilyaeva Yelena Viktorovna** – Anesthesiologist and Resuscitation Specialist

We conducted a retrospective analysis of medical records of in-patients with concomitant injuries of the chest and abdomen treated at the Thoracic Surgery Department over the period from 2009 to 2013. The analysis showed that one in every ten patients with concomitant injuries of the chest and abdomen belonged to the group of elderly and aged people, while there were differences in the frequency of occurrence of causes, gender, and severity of condition.

Key words: concomitant injuries; elderly and aged people; ISS and APACHE II scales; stress marker

Как в России, так и в мире наблюдается рост травматизма, а вместе с этим – и увеличение числа сочетанных травм. Число пострадавших пожилого и старческого возраста также растет (до 20%, по данным ГНИИ СП им. И.И. Джanelidze) [1]. Как и в общей популяции травмы находятся на третьем месте среди основных причин смерти у лиц пожилого и старческого возраста [2]. Между тем, отмечается более тяжелое течение травматической болезни у пожилых пациентов в связи с наличием у многих из них сопутствующей патологии, затруднением своевременной постановки диагноза ввиду стертости клинических симптомов, повышение затрат на лечение из-за увеличения длительности стационарного лечения и большего числа осложнений [1, 4]. Для оценки тяжести травм и тяжести состояния пострадавших используются различные интегральные шкалы. Так, шкала *ISS* применяется для оценки тяжести повреждений при их наличии в нескольких областях тела, а шкала *APACHE II* является общепризнанной международной шкалой для оценки тяжести состояния пациента, которая учитывает ряд объективных и лабораторных показателей, возраст и сопутствующую патологию. Шкала *RAPS* представляет собой упрощенный вариант шкалы *APACHE II* и включает только объективные показатели (ЧДД, АД, ЧСС, баллы по шкале ком Глазго). По результатам оценки этих шкал можно определить вероятность благоприятного исхода у данного пациента.

Цель работы: выявить медико-социальные особенности пожилых пациентов с сочетанными травмами.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 202 медицинских карт стационарных больных, пролеченных в отделении торакальной хирургии БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР в период с января 2009 по декабрь 2013 года по поводу сочетанных травм груди и живота. При проведении исследования были соблюдены основные принципы биомедицинской этики. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ *Excel 7.0*.

Результаты и обсуждение. Пациентов пожилого и старческого возраста (старше 60 лет) было 22 человека (10,9%), из них пациентов пожилого возраста (60–75 лет) – 14 (63,6%), старческого (76–90 лет) – 7 (31,8%), возраст одной пациентки (долгожитель) – 91 год (4,6%). В исследуемой группе преобладали женщины – 59,1% (13 человек). С увеличением возраста разница увеличивалась. Так, в пожилом возрасте пострадавших мужчин было несколько больше (57,0%), но в старческом возрасте наибольшее число пострадавших были женского пола (85,7%), единственный пациент-долгожитель – женщина (100%). Таким образом, тенденция преобладания мужчин среди пострадавших с сочетанными травмами груди и живота в пожилом и старческом возрасте не наблюдается.

Основными причинами сочетанных травм груди и живота среди лиц старше 60 лет стали автодорожная травма (чаще пешеходы) – 11 пациентов (50,0%), кататравма – 5 пациентов (22,8%). Именно кататравма стала причиной госпитализации пациентки старше 90 лет. На тупые травмы (3) и ножевые ранения (3) пришлось по 13,6%. Эти значения также расходятся с данными по общей популяции

пациентов с сочетанными травмами, где преобладают ножевые ранения, а затем кататравмы и автодорожные травмы. Необходимо отметить, что среди пострадавших в автодорожных происшествиях в возрасте старше 60 лет значительно преобладали женщины – 10 пациентов (45,4% в общем и 76,9% среди женщин). Из 22 пациентов в состоянии алкогольного опьянения были госпитализированы 5 (22,7%), что значительно меньше, чем при рассмотрении всех пострадавших. Из этих 5 пациентов трое (60%) – в возрасте до 75 лет. За рассмотренный период в стационаре умерло 4 пациента пожилого и старческого возраста с сочетанными травмами (18,2%).

Среди сочетанных травм у пациентов пожилого и старческого возраста преобладали закрытые травмы (86,4%). Средний балл по шкале *ISS* составил 22, что мало отличается от всей популяции, все смертельные травмы получили оценку более 41 балла. Вероятность выживания по шкале *RAPS* составила 82,6% и не отличается от общей популяции. Вероятный риск смерти по шкале *APACHE II* – 4,4% (по популяции 10,01%). У 11 пациентов диагностирован шок различной степени тяжести (50,0%). Среди повреждений преобладали сочетанная травма, переломы костей конечностей и ребер, гемоперитонеум, гемоторакс.

У 13 пациентов (59,1%) была выявлена сопутствующая патология. Но эти данные неполные, так как сопутствующая патология не описана у пациентов в крайне тяжелом состоянии, находившихся в стационаре менее 3 суток. Среди сопутствующих заболеваний можно выделить ишемическую болезнь сердца (ИБС) – 6 пациентов (27,3%), артериальную гипертензию – 6 (27,3%), ХСН различных классов – 6 (27,3%), сахарный диабет – 5 (22,7%).

УДК 616.5-002-02-053.6: 576.8.097.2

С. А. Вострикова², Н. И. Пенкина¹

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Удмуртская Республика
Кафедра педиатрии и неонатологии

²БОУ ДПО «Республиканский центр повышения квалификации МЗ УР», Удмуртская Республика

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Вострикова Светлана Александровна – заместитель директора; г. Ижевск, ул. Ленина, 178-85, тел. 89128531437 e-mail: v17885@yandex.ru; Пенкина Надежда Ильинична – профессор кафедры доктор медицинских наук

Изучено качество жизни детей подросткового возраста, страдающих atopическим дерматитом, методом анкетирования с использованием стандартизованного общего опросника. Обследовано 98 подростков 13-18 лет, страдающих atopическим дерматитом и 73 подростка I и II групп здоровья, без аллергических заболеваний. Качество жизни подростков, страдающих atopическим дерматитом ниже, по сравнению со здоровыми сверстниками. Более низкие значения качества жизни выявлены у подростков с тяжелым течением заболевания, у девушек по сравнению с юношами. Родители больных детей не всегда адекватно оценивают нарушения эмоционального, социального, школьного функционирования, что может усугублять дезадаптацию подростка и осложнять реабилитацию.

Ключевые слова: atopический дерматит; дети подросткового возраста; качество жизни.

Единственным доступным в ретроспективном анализе биохимическим маркером стресса явился уровень глюкозы крови. В среднем данный показатель для пожилых пациентов составил: 1-е сутки – 11,69 ммоль/л; 2-е сутки – 12,7 ммоль/л; 3-е сутки – 7,2 ммоль/л; 5-е сутки – 6,45 ммоль/л. Он оказался выше, чем у более молодых пациентов в 1-е и 2-е сутки после получения травмы и госпитализации.

Выводы. 1. Среди пациентов с сочетанными травмами груди и живота лица пожилого возраста из числа госпитализированных составляют 10,9%, преобладают женщины (59,1%). 2. Причинами сочетанных травм в пожилом и старческом возрасте являются автодорожные травмы (50%), кататравмы (22,8%), другие тупые травмы и ножевые ранения (по 13,6%). 3. Алкогольное опьянение встречается реже у пожилых пациентов (22,7%) с сочетанными травмами, чем в других возрастных группах. 4. Летальность среди пожилых пациентов с сочетанными травмами выше (18,2%), чем в целом у пациентов с данной патологией.

Список литературы

1. **Алекперли, А. У.** Хирургическая тактика у пострадавших пожилого и старческого возраста с сочетанной шокогенной травмой: дис. ... канд. мед. наук / А. У. Алекперли. – Санкт-Петербург, 2005. – 11 с.

2. **Ахунова, Э. Р.** Медико-статистические особенности смертности пожилых людей, проживающих в городской местности Республики Татарстан / Э. Р. Ахунова, М. Ю. Абрисимова // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Том 94. – № 3. – С. 389–392.

3. **Ивахненко, Д. С.** Гериатрический аспект дрожно-транспортной травмы / Д. С. Ивахненко, В. И. Перцов // II Московский международный конгресс травматологов и ортопедов «Повреждения при дорожно-транспортных происшествиях и их последствия: нерешенные вопросы, ошибки и осложнения». – Москва, 2011.

4. <http://medbe.ru>

S.A. Vostrikova², N.I. Penkina¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pediatrics and Neonatology

²Republic Centre for Advanced Training, Udmurt Republic

ATOPIC DERMATITIS AND LIFE QUALITY OF ADOLESCENTS

Vostrikova Svetlana Alexandrovna – Deputy Director; Penkina Nadezhda Ilyinichna – Professor Doctor of Medical Science

Atopic dermatitis is one of the most common allergic diseases in children and adolescents along with bronchial asthma and allergic rhinitis. An increase in the incidence of atopic dermatitis among children and adolescents is one of the most important medico-social problems due to high prevalence of the disease, frequent development of continuously relapsing forms, which are resistant to therapy, as well as disabling forms, high treatment expenditure, decrease in life quality of the patient and his/her family, social maladjustment problems in adolescents as well as formation of psychosomatic disorders. Life quality is a reliable marker of the severity of atopic dermatitis. Studying life quality of adolescents suffering from atopic dermatitis is necessary to identify the most sensitive parameters, timely correction of which will make it possible to increase effectiveness of prophylactic, therapeutic and rehabilitation measures and improve the system of medical and social care of children.

Key words: atopic dermatitis, life quality, adolescents, emotional functioning, school functioning, psychosocial health.

Исследования свидетельствуют о росте аллергической патологии во всех регионах мира [4]. Среди аллергических заболеваний атопический дерматит (АД) и бронхиальная астма регистрируются наиболее часто [3]. В Удмуртской Республике наблюдается рост заболеваемости подростков АД. Первичная заболеваемость АД за последние 15 лет выросла на 40% (2000 г. – 74,3‰, 2014 г. – 104,1‰) [7]. Атопический дерматит относится к хроническим заболеваниям, сопровождается поражением кожи и других органов, требует ограничений в питании, постоянного лечения, все это отражается на жизни семьи, самого пациента. Указанные проблемы усиливаются в подростковом возрасте [3,6]. С целью выявления основных нарушений при различных заболеваниях, разработки реабилитационных мероприятий, в последние годы широкое распространение получила методика изучения качества жизни (КЖ) у пациентов [2]. КЖ – это многокомпонентная структура, которая описывает физические, духовные, социальные, психологические и функциональные аспекты благополучия и функционирования ребенка [5]. КЖ в педиатрии отличается от такового у взрослых, что обусловлено зависимостью детей от родителей, ровесников, одноклассников [1, 2]. Возрастная детерминированность основных составляющих КЖ ребенка связана с тем, что если у взрослых показателями физической и социальной активности являются профессиональная деятельность, поведение в обществе, то у детей подросткового возраста социальное функционирование проявляется в адаптации ребенка к школе, его взаимоотношениях со свер-

стниками, школьной успеваемости. Вместе с тем, субъективное восприятие ребенком особенностей своего функционирования, здоровья и КЖ является серьезным моментом для выявления особенностей его медико-биологической и социальной адаптации [9]. Определение КЖ наиболее информативный этап диагностики АД, независимо от периода заболевания [2]. Исследование КЖ подростков, страдающих АД, не проводилось, однако это необходимо для выявления наиболее чувствительных параметров КЖ, своевременной коррекции нарушений, повышения эффективности профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, совершенствования системы медико-социальной помощи детям [8].

Цель исследования: изучить особенности КЖ подростков 13–18 лет, страдающих атопическим дерматитом.

Материалы и методы. КЖ исследовано у 98 подростков 13–18 лет, страдающих АД легкой, средней и тяжелой степени тяжести (I группа наблюдения) и у 73 подростков аналогичного возраста I и II групп здоровья без аллергических заболеваний (II группа сравнения). Изучение проводилось путем анкетирования подростков и их родителей с использованием стандартизированного общего опросника *Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL™4.0 Generic Core Scales* (J. Varni [et al.], USA), детская и родительская формы.

Результаты исследования. Исследование КЖ проведено в соответствии с принципами доказательной медицины, соблюдения методо-

логии. При определении КЖ по опроснику *PedsQL™4.0* оценивались параметры по 5 основным шкалам: «физическое функционирование» (ФФ), «эмоциональное функционирование» (ЭФ), «социальное функционирование» (СФ), «школьное функционирование» (ШФ), «психосоциальное здоровье» (ПСЗ) и общий балл (ОБ). Чем выше показатель ОБ – тем выше КЖ.

Показатель ОБ КЖ подростков с АД, по оценкам самих детей, был достоверно ниже, по сравнению со здоровыми подростками аналогичного возраста (табл. 1).

Разница показателя ОБ КЖ у детей I и II групп составила 14,9% ($72,0 \pm 4,53$ и $84,61 \pm 4,19$ балла, соответственно). У подростков с АД выявлены достоверно более низкие показатели, по сравнению с детьми II группы по шкалам ЭФ, ШФ, СФ, ПСЗ и ОБ.

Низкие показатели в группе подростков с АД по этим шкалам свидетельствуют о наличии у подростков таких эмоциональных реакций, как чувство страха, внутренней тревоги, эмоциональной напряженности. Данные показатели подтверждают наличие проблем в психосоциальной сфере в части межличностного общения, во взаимоотношениях с одноклассниками и сверстниками, а также нарушение ШФ, связанного с пропусками занятий по состоянию здоровья, затруднениями при выполнении заданий и усвоению школьной программы. Снижение данных показателей расценивается нами как

непосредственное влияние заболевания на эмоциональный статус подростков с АД.

Показатели ФФ у подростков обеих групп по результатам самооценки и по оценке родителей находились на высоком уровне (ФФ $83,6 \pm 3,74$ и $90,9 \pm 3,36$ балла по оценке подростков, и ФФ $82,6 \pm 3,8$ и $88,23 \pm 3,77$ балла по оценке родителей) – (табл. 1, 2, 3). Большинство подростков не испытывали затруднений при выполнении повседневной обыденной физической нагрузки (ходьба пешком, бег, выполнение домашних обязанностей, самообслуживание). Вместе с тем, высокие показатели шкалы ФФ могут быть обусловлены как завышенной самооценкой своих физических способностей, так и повышенными требованиями к ребенку со стороны родителей.

Здоровые подростки и их родители практически одинаково оценили уровень КЖ (ОБ – $83,16 \pm 4,38$ балла по оценке родителей, $84,61 \pm 4,19$ балла – по самооценке) – (см. табл. 2). Анализ полученных данных показал отсутствие достоверных отличий при характеристике одноименных параметров родительских и детских форм опросника, хотя в целом можно сделать вывод, что родители здоровых подростков склонны незначительно занижать КЖ своих детей. В целом полученные результаты могут свидетельствовать о сопоставимости восприятия вопросов и оценки большинства аспектов жизнедеятельности родителями и детьми.

Таблица 1. Показатели КЖ по оценке подростков с АД и подростков без АД (в баллах)

| Шкала | Подростки с АД (n=98) M ± m | Подростки без АД (n=73) M ± m | p |
|-------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------|
| ФФ | 83,6 ± 3,74 | 90,9 ± 3,36 | > 0,05 |
| ЭФ | 59,9 ± 4,95 | 78,76 ± 4,79 | < 0,02 |
| СФ | 80,5 ± 4,00 | 91,78 ± 3,21 | < 0,05 |
| ШФ | 63,8 ± 4,85 | 73,90 ± 5,10 | > 0,05 |
| ПСЗ | 68,0 ± 4,71 | 81,48 ± 4,54 | < 0,05 |
| ОБ | 72,0 ± 4,53 | 84,61 ± 4,19 | < 0,05 |

Примечание: p – достоверность различий показателей подростков с АД и подростков без АД.

Таблица 2. Показатели КЖ по оценке здоровых подростков и их родителей (в баллах)

| Шкала | Подростки без АД (n=73) M ± m | Родители подростков без АД (n=73) M ± m | p |
|-------|-------------------------------------|---|--------|
| ФФ | 90,9 ± 3,36 | 88,23 ± 3,77 | > 0,05 |
| ЭФ | 78,76 ± 4,79 | 78,35 ± 4,82 | > 0,05 |
| СФ | 91,78 ± 3,21 | 91,3 ± 3,29 | > 0,05 |
| ШФ | 73,90 ± 5,1 | 70,96 ± 5,32 | > 0,05 |
| ПСЗ | 81,48 ± 4,54 | 80,2 ± 4,66 | > 0,05 |
| ОБ | 84,61 ± 4,19 | 83,16 ± 4,38 | > 0,05 |

Примечание: p – достоверность различий показателей здоровых подростков и их родителей.

Таблица 3. Показатели КЖ по оценке подростков с АД и их родителей (в баллах)

| Шкала | Подростки с АД (n=98) M ± m | Родители подростков с АД (n=98) M ± m | p |
|-------|-----------------------------------|---|--------|
| ФФ | 83,60 ± 3,74 | 82,6 ± 3,80 | > 0,05 |
| ЭФ | 59,9 ± 4,95 | 81,6 ± 3,91 | <0,01 |
| СФ | 80,5 ± 4,00 | 93,7 ± 2,45 | <0,01 |
| ШФ | 63,8 ± 4,85 | 75,3 ± 4,36 | > 0,05 |
| ПСЗ | 68,0 ± 4,71 | 83,5 ± 3,75 | <0,01 |
| ОБ | 72,0 ± 4,53 | 83,3 ± 3,77 | <0,05 |

Примечание: p – достоверность различий показателей подростков с АД и их родителей.

Оценка КЖ подростков с АД, данная их родителями, отличается от результатов, полученных при самооценке подростков. Родители подростков, страдающих АД, склонны завышать КЖ своих детей (см. табл. 3).

Достоверное отличие показателей в сторону завышения отмечаются по всем шкалам анкет родителей, за исключением шкалы ФФ. Вместе с тем, большинство родителей оценивают физический статус своих детей ниже, чем сами дети, полагая, что заболевание в большей степени влияет на уровень физической активности, способность выполнять повседневные дела, имеет болевой синдром.

По некоторым компонентам выявлены наиболее выраженные различия. Родители оценивают выше, чем дети, ЭФ, ПСЗ и ШФ, т.е. компоненты, наиболее страдающие по оценкам больных подростков.

По ответам родителей прослеживается явная недооценка ЭФ и СФ детей, что свидетельствует о неадекватном восприятии родителями эмоционального благополучия по сравнению с субъективной самооценкой подростков, а также о недооценке влияния заболевания на КЖ.

Анализ КЖ подростков, страдающих АД, по гендерному признаку выявил, что юноши оценивают свое КЖ выше, чем девушки. ОБ КЖ по оценке юношей составил 79,8 балла, по оценке девушек – 64,3 балла. Различия в значениях параметров отмечаются по всем шкалам, однако ранговые места шкал не отличаются у юношей и девушек.

Оценки КЖ, данные родителями юношей и девушек с АД, выше, чем оценки детей и не имели принципиальных отличий в зависимости от пола ребенка.

Нами также были выявлены отличия КЖ у подростков с АД в зависимости от степени тя-

жести заболевания. Полученные данные по результатам самооценки свидетельствуют о влиянии заболевания на КЖ подростков. Показатели КЖ подростков снижаются при нарастании степени тяжести АД. При тяжелом течении заболевания выявлены самые низкие значения показателей КЖ. Подростки с тяжелой степенью тяжести АД в большей степени акцентируют внимание на проблемах, связанных с психо-эмоциональной сферой жизни, а также ниже оценивают свои физические способности и возможности, чем их сверстники с АД средней и легкой степени тяжести и сверстники без заболевания. Показатель ОБ КЖ подростков с АД тяжелой степени ниже показателей ОБ КЖ подростков с АД легкой и средней степени тяжести и подростков без АД.

Таким образом, проведенное исследование выявило зависимость КЖ подростков 13–18 лет от наличия АД. У подростков, страдающих АД КЖ ниже, чем у их здоровых сверстников. Выявлено, что КЖ девушек с АД ниже, чем у юношей. Большинство родителей недооценивают влияние заболевания на КЖ своих детей, что отражается в более высокой оценке КЖ. Неадекватное восприятие родителями таких сфер жизни детей, страдающих АД, как эмоциональная, социальная, школьная могут усугублять дезадаптацию подростка и осложнять реабилитацию. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения оценки КЖ подростков с АД в перечень диагностических мероприятий с целью определения показаний для коррекции психосоциальной сферы (эмоционального, социального, школьного функционирования), а также для оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М., 2004. – 168 с.
2. Винярская, И. А. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / И. А. Винярская. – М., 2008. – 322 с.
3. Мартынов, А. А. Оценка качества жизни как критерий эффективности медицинского вмешательства у больных атопическим дерматитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Мартынов. – М., 2003. – 24 с.
4. Мачарадзе, Д. Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? / Д. Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. – 2013. – № 5. – С. 12–16.

5. Никитина, Т. П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника *PedsQL* для исследования качества жизни детей 8–18 лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. П. Никитина. – СПб., 2004. – 24 с.

6. Новик, А. А. Исследование качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: Российская академия естественных наук, 2008. – 104 с.

7. О состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году: государственный доклад. – Ижевск, 2014. – 255 с.

8. Опросник для оценки качества жизни детей и подростков *KIDSCREEN-27*: результаты оценки психометрических свойств в ходе исследования в 13 европейских странах / У. Равенс-Сиберер [и др.] // Вестник Международного центра исследования качества жизни. – 2008. – № 11–12. – С. 32–44.

9. Татькова, А. Ю. Оценка качества жизни и состояния здоровья подростков с помощью *TACQOL*: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Ю. Татькова. – М., 2003. – 24 с.

УДК 616.53-002: 316.728

Р. М. Загртдинова, Р. Н. Загртдинова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

Загртдинова Ризид Миннесагитовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, д. 77, 8 (3413)66-34-33, kafedra.derma@yandex.ru; Загртдинова Ризилия Нуровна — ассистент кафедры

Акне — наиболее часто встречающееся заболевание в практике врача дерматовенеролога. Даже легкое акне может обуславливать выраженную дисморфофобию, депрессию, а в некоторых случаях быть причиной более тяжелых психических расстройств. Наше исследование направлено на изучение распространенности угревой болезни среди жителей г. Ижевска, влияния заболевания на качество их жизни, анализа наиболее значимых факторов, влияющих на развитие и течение заболевания.

Ключевые слова: акне; качество жизни; социальная дезадаптация; депрессия; анксиолитики.

R. M. Zagrtdinova, R. N. Zagrtdinova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatology and Venereology

INDICATORS OF SOCIAL ADAPTATION AND LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH THE ACNE

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Zagrtdinova Rizilya Nurovna — Lecturer

Acne is the most common disease in dermatological practice. Even slight acne can call forth marked dysmorphophobia, depression, and in certain cases be the cause of more serious mental disorders. Our study aims at investigating the prevalence of acne among university students of Izhevsk, the impact of the disease on their quality of life, and analysis of the most significant factors influencing the development and course of the disease.

Key words: acne; quality of life; social maladjustment; depression; anxiolytics.

Частота заболеваемости акне среди лиц молодого возраста достигает, по данным разных авторов, 65–95%. В последние годы отмечается также увеличение числа пациентов с угревой сыпью в возрасте старше 30 лет и дебютом заболевания в 17–18 лет. При этом пациенты со средней и тяжелой степенью акне составляют до 20%, а у 25% формируются рубцовые изменения кожи [1, 2, 3].

Обыкновенные угри (*acne vulgaris*, вульгарные угри, угревая болезнь, угревая сыпь, юно-

шеские угри и тд.) — это мультифакториальное воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов [1].

До настоящего времени отсутствует общепринятое определение чрезвычайно объемного понятия «качество жизни», что объясняется сложностью соединения всех его компонентов и сторон, поэтому его рассматривают с трех позиций. Во-первых, понятие «качество жизни» охватывает многие стороны жизни человека: условия жизни, профессиональную деятельность,

домашнюю обстановку. Во-вторых, включает медицинские аспекты качества жизни: влияние заболевания и наступающих в результате болезни ограничений, а также влияние самого лечения на жизнедеятельность больного. Наконец, собственно качество жизни: жалобы больного, его функциональные возможности, восприятие жизненных изменений, связанных с заболеванием, общее благополучие [4].

Итак, качество жизни – понятие обобщающее, отражающее функциональное состояние организма человека в связи с болезнью. Снижение качества жизни не зависит от нозологической формы заболевания. Это способность человека функционировать в обществе соответственно положению и получать удовлетворение от жизни [5].

Акне, безусловно, влияет на качество жизни, не коррелируя с объективным состоянием пациентов: даже легкое акне может обуславливать выраженную дисморфофобию, депрессию, а в некоторых случаях быть причиной более тяжелых психических расстройств и даже суицидальных попыток [6]. Депрессии являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем [7]. В клинической практике симптомы тревожных расстройств присутствуют у больных с депрессией в диапазоне 42–100% случаев, а тревожные расстройства сочетаются с симптомами депрессии в 17–65%. Это является очень важным моментом, так как определяет выбор антидепрессанта или анксиолитика у больных, имеющих симптоматику как тревожных расстройств, так и депрессии [8].

Анксиолитики (от лат. *anxietas* – тревожное состояние, страх, греч. *lytikos* – способный растворять, ослабляющий), или транквилизаторы (от лат. *tranquillo* – успокаивать), или атарактики (от греч. *ataraxia* – невозмутимость), психотропные средства, уменьшающие выраженность или подавляющие тревогу, страх, беспокойство, эмоциональное напряжение. Основным эффектом, характерным для всех лекарственных средств, объединенных в группу анксиолитиков, является анксиолитический (противотревожный), который проявляется в уменьшении тревоги, страха (антифобическое действие), эмоциональной напряженности.

Цель исследования: оценка степени влияния акне на качество жизни пациентов среди различных слоев городского населения.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 1256 жителей г. Ижев-

ска (школьники, студенты вузов, рабочие заводов и работники интеллектуального труда) в возрасте от 12 до 35 лет (685 женщин и 571 мужчина). Для выявления больных акне и изучения степени влияния заболевания на их повседневную жизнь была использована анкета, разработанная нами на основе различных дерматологических индексов оценки кожного процесса и качества жизни.

Дерматологический индекс акне (ДИА) при помощи количественного выражения основных симптомов акне – комедонов, папул, пустул, узлов – позволил определить степень тяжести течения процесса.

С помощью ДИА качества жизни (*Dermatology Life Quality Index*) была выявлена степень негативного влияния дерматоза на различные аспекты жизни больного (отношения в семье с родственниками, с друзьями, коллегами по работе, занятия спортом, сексом и т.д.) и эффективность проводимой терапии.

Шкала *APSEA (Assessment of Psychological and Social Effect of Acne)* использовалась для оценки влияния акне на повседневную жизнь человека, его настроение и самооценку.

Результаты исследования и их обсуждения.

Исследуемая патология была зарегистрирована у 814 (64,8%) анкетированных. Из них 401 (49,3%) мужчина и 413 (50,7%) женщин. Средняя давность заболевания составила 6 лет. Среди выявленных больных легкая степень зарегистрирована у 350 (43,0%) человек, средняя – у 445 (54,7%) и тяжелая степень – у 19 (2,3%) человек.

Среди зарегистрированных нами пациентов с акне было 278 (34,1%) школьников. Из них юношей – 167 (60,1%) и девушек – 111 (39,9%) в возрасте от 12 до 17 лет. У школьников легкая степень заболевания зарегистрирована в 108 (38,8%), средняя – в 164 (59%) и тяжелая – в 6 (2,2%) случаях. Влияние данного заболевания на способность получать положительные эмоции от жизни указали 78% учащихся с установленным диагнозом акне.

Студентов, страдающих акне, было 192 (23,6%) человека, из них юношей – 98 (51%) и девушек – 94 (49%). Средняя давность заболевания составила 5 лет. Среди выявленных больных легкая степень зарегистрирована у 84 (44%), средняя – у 105 (54%) и тяжелая степень – у 3 (2%) человек. Среди них 109 (57%) человек до поступления в ВУЗ являлись жителями сельской местности. Часть респондентов отмечали ухудшение состояния в связи с переездом,

сменой места жительства, изменением условий быта и рациона питания. Большинство, напротив, отмечали улучшение состояния кожи, ссылаясь на большую информированность о данной проблеме, возможностях и путях ее решения. Среди обследованных студентов 177 (92%) человек не удовлетворены своим внешним видом и отмечали влияние данного заболевания на качество жизни. Из них 84 (47%) человека указали на снижение самооценки, 25 (14%) отметили отрицательное влияние акне на поиск работы, 32 (18%) – на поиск партнера, сексуальные отношения, 12 (7%) человек испытывали боязнь публичных выступлений из-за внешнего вида.

Среди выявленных пациентов с акне, 180 (22,1%) – заводские рабочие, из них 68 (37,8%) женщин и 112 (62,2%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 22,5 года. Легкая степень акне зарегистрирована у 72 (40,0%), средняя – у 99 (55,0%), тяжелая у – 9 (5,0%) рабочих. Большинство пациентов данной группы не придавали значения своему внешнему виду. На снижение самооценки указали лишь 25 (13,9%) человек, 16 (8,9%) из них отметили влияние акне на поиск партнера и сексуальные отношения.

Работники интеллектуального труда составили 164 (20,2%) человека. Женщин было 84 (50,6%), мужчин – 81 (49,4%) человек. Легкая степень акне была у 86 (52,4%), средняя – у 77 (47,0%), тяжелая – у 1 (0,6%) пациента. В 162 (98,8%) случаях пациенты данной категории не удовлетворены своим внешним видом. Снижение самооценки отметили 86 (52,4%) больных, 47 (28,7%) человек испытывали боязнь публичных выступлений, а 42 (25,6%) – проблемы в сексуальных отношениях.

Нами было пролечено 759 пациентов с диагнозом акне различной степени тяжести с применением системных ретиноидов при среднетяжелом и тяжелом течении дерматоза. Дополнительно к проводимой терапии 62 пациентам, которых мы объединили в основную группу наблюдения, был назначен препарат из группы анксиолитиков.

Выраженной разницы в динамике дерматологических проявлений заболевания в процессе лечения у больных данной группы мы не наблюдали, зато заметили изменение их отношения к лечению и окружающему миру. Пациенты основной группы уже через две недели отмечали улучшение настроения в 95% случаев, повысилась самооценка у 80% пациентов данной груп-

пы. Период обострения, который наблюдался на 3–5-й неделе лечения изотретиноином, все пациенты основной группы перенесли значительно легче, чем пациенты группы сравнения, у которых были отмечены снижение настроения, состояние тревоги и эмоциональный стресс. К концу курса лечения расширился круг общения у 67% пациентов группы наблюдения и лишь у 12% из группы сравнения. Три девушки из основной группы за период лечения нашли свою вторую половину.

Вывод. По данным наших исследований, акне явилось распространенным дерматозом – среди анкетированных респондентов зарегистрирован в 64,8% случаев. Давность заболевания указывает о хронизации процесса и низком проценте саморазрешения акне. Влияние заболевания на качество жизни более выражено у работников интеллектуального труда (98,8%) и студентов вузов (92%), несмотря на то, что у данных категорий больных преобладала легкая степень тяжести заболевания. Тяжелая степень акне чаще встречалась среди рабочих (5% случаев), но не оказывала значимого влияния на их повседневную жизнь.

Включение анксиолитиков в комплексное лечение пациентов с акне заметно улучшило качество их жизни: у 98% больных данной группы повысилась самооценка, в 12% случаев улучшились сексуальные отношения.

Список литературы

1. Дерматология: атлас-справочник / Т. Фицпатрик [и др.]. – М.: Практика, 1999. – С. 3–11.
2. **Мартынов, А. А.** Качество жизни в дерматовенерологии: знание, сущность, возможности / А. А. Мартынов // Клиническая дерматовенерология: в 2 т./под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 928 с.
3. Обоснование комбинированной антибиотикотерапии угревой болезни / А. Д. Юцковский [и др.] // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2010. – № 1 (08).
4. Клинические рекомендации по ведению больных акне / под ред. А. А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 28 с.
5. **Краснов, В. Н.** Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
6. **Ковалев, Ю. В.** О соотношении тревоги и депрессии в психопатологии / Ю. В. Краснов // Медицинская психология в России. – 2012. – № 2 (3).
7. Management of acne: a report from Global Alliance to Improve Outcomes in Acne / H. Gollnick [et al.] // I. Am. Acad. Dermatol. – 2003. – Vol. 49. – P. 1–37.
8. Inflammatory events are involved in acne lesion initiation / A. H. Jeremy [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2003. – Vol. 121. – P. 20–27.

УДК 616-002.5-053.2 (470.51)

М. Г. Микрюкова¹, Е. А. Тюлькина¹, Д. А. Толмачев², М. К. Исхакова²

¹БУЗ УР «Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ УР», Удмуртская Республика

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Микрюкова Марина Геннадьевна — заведующий детским диспансерным отделением; г. Ижевск, ул. Славянское Шоссе, 0/1, тел.8 (3412)95-69-51, E-mail: info@rktb.udm.ru; Тюлькина Екатерина Анатольевна — главный врач; Толмачев Денис Анатольевич — старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук; Исхакова Марьям Камильевна — аспирант кафедры

В статье представлен анализ заболеваемости туберкулезом детей и подростков в Удмуртской Республике за 2012–2014 гг.

Ключевые слова: туберкулез; дети; подростки; профилактические осмотры; туберкулинодиагностика.

M. G. Mikryukova¹, Ye. A. Tyulkina¹, D. A. Tolmachev², M. K. Iskhakova²

¹Republic Clinical Tuberculosis Hospital, Udmurt Republic

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care Service

THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN IN THE UDMURT REPUBLIC

Mikryukova Marina Gennadyevna — Head of Children's Department; Tyulkina Yekaterina Anatolyevna — Head Doctor; Tolmachev Denis Anatolyevich — Senior Lecturer Candidate of Medical Sciences; Iskhakova Maryam Kamilevna — Postgraduate

The paper analyzes the incidence of tuberculosis in children and adolescents of the Udmurt Republic in 2012–2014.

Key words: tuberculosis; children; adolescents; prophylactic check-ups; tuberculin tests.

В Удмуртской Республике зарегистрировано снижение показателей заболеваемости, распространённости, смертности от туберкулеза. Заболеваемость туберкулезом детей и подростков является важным прогностическим эпидемиологическим показателем, который является нестабильным и зависит от уровня организации выявления и диагностики заболевания (Государственный доклад о состоянии здоровья населения в Удмуртской Республике в 2013. — Ижевск, 2014. — 295 с.).

Внедрение во фтизиатрическую практику пробы с аллергеном рекомбинантным Диаскин-тест (DST) и более широкое использование компьютерной томографии (КТ) привели к изменению показателя заболеваемости и структуры клинических форм впервые выявленного туберкулеза.

Оценка эпидемических, медико-биологических и социальных факторов риска развития туберкулеза и применение DST позволили выявить детей с наибольшей группой риска, которым было проведено углубленное обследование с использованием КТ органов грудной полости. В результате повысилась выявляемость туберкулеза, в связи с чем вырос показатель заболе-

ваемости среди детей как в УР, так и в других регионах и в целом в РФ.

Для статистики использовали данные населения УР за 2012–2014 гг. следующей возрастной категории: дети от 0 до 14 лет.

В сравнении с 2013 годом детская заболеваемость туберкулезом в 2014 году выросла по УР на 34% (в 1,3 раза), а по г. Ижевску снизилась в 2,7 раза (табл. 1).

Заболеваемость туберкулезом детей зарегистрирована в 7 районах и в 4 городах УР. Выявленные случаи обусловили показатели заболеваемости среди детского населения выше среднереспубликанского в следующих районах: Балезинский, Глазовский, Красногорский, Ярский, Воткинский, Сарапульский, городах: Воткинский, Глазов, Сарапул, Ижевск, Камбарка.

Клиническая структура заболеваемости детей представлена в табл. 2.

Таблица 1. Заболеваемость туберкулезом детей Удмуртской Республики

| Территория | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % |
| УР | 39 | 14,8 | 27 | 10,0 | 37 | 13,4 |
| г. Ижевск | 24 | 24,0 | 13 | 12,5 | 5 | 4,7 |

Таблица 2. Клиническая структура заболеваемости туберкулезом детей Удмуртской Республики

| Заболееваемость | УР | | | | | | г. Ижевск | | | | | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % |
| Первичный туберкулезный комплекс | 13 | 33,3 | 9 | 33,3 | 15 | 40,5 | 8 | 33,3 | 2 | 15,4 | 3 | 60,0 |
| Туберкулез внутригрудных лимфоузлов | 22 | 56,4 | 13 | 48,2 | 18 | 48,7 | 15 | 62,5 | 8 | 61,5 | 1 | 20,0 |
| Инфильтративный туберкулез легких | 2 | 5,1 | 1 | 3,7 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Очаговый туберкулез | – | – | 3 | 11,1 | 3 | 8,1 | – | – | 3 | 23,1 | 1 | 20,0 |
| Туберкулезный плеврит | – | – | 1 | 3,7 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Итого Туберкулез органов дыхания | 37 | 94,9 | 27 | 100,0 | 36 | 97,3 | 23 | 95,8 | 13 | 100,0 | 5 | 100,0 |
| Туберкулез периферических лимфоузлов | 2 | 5,1 | – | – | – | – | 1 | 4,2 | – | – | – | – |
| Туберкулезный менингит | – | – | – | – | 1 | 2,7 | – | – | – | – | – | – |
| Итого Внелегочный туберкулез | 2 | 5,1 | 0 | 0 | 1 | 2,7 | 1 | 4,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Всего: | 39 | 100,0 | 27 | 100,0 | 37 | 100,0 | 24 | 100,0 | 13 | 100,0 | 5 | 100,0 |

В 2014 году выросла доля впервые выявленных детей с легочной формой туберкулеза (за счет первичного туберкулезного комплекса) до 48,7% (в 2013 году – 3,7%, в 2012–5,1%). Не выявлено ни одного ребенка-бактериовыделителя с деструкцией легочной ткани. Стабильно выше заболеваемость регистрируется среди детей школьного возраста, удельный вес заболевших детей в этой возрастной группе составил в 2014 году 67,6% (в 2013 году – 77,8%, в 2012– 59,0%) – табл. 3.

Заболееваемость туберкулезом в группе школьников обусловлена началом контактов с большим числом людей и снижением защитного действия вакцинации БЦЖ к этому возрасту.

В равной степени болеют как мальчики – 51,4% в 2014 году (в 2012 году – 48,7%), так и девочки – 48,6% в 2014 году (в 2012 году – 51,3%).

Заболееваемость активными формами туберкулеза у детей УР в 94,6% (г. Ижевск – 100,0%) случаев выявляется при профилактических осмотрах, однако в 67,6% при углубленном обследовании выявляется контакт с наличием специфического эпидемического фактора риска, такого как контакт с туберкулезным больным с выделением или без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ), который имеет стабильно высокую долю – 67,6% в 2014 году (в 2013–70,0%, в 2012–69,0%) – табл. 4.

Таблица 3. Контингенты заболевших детей по Удмуртской Республике

| Категория заболевших | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|----------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Неорганизованные | 6 | 15,4 | 3 | 11,1 | 1 | 2,7 |
| Дошкольники | 10 | 25,6 | 3 | 11,1 | 11 | 29,7 |
| Школьники | 23 | 59,0 | 21 | 77,8 | 25 | 67,6 |
| Итого | 39 | 100,0 | 27 | 100,0 | 37 | 100,0 |

Таблица 4. Выявление туберкулеза у детей Удмуртской Республики

| Путь выявления | 2012 | | | | 2013 | | | | 2014 | | | |
|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | УР | | г. Ижевск | | УР | | г. Ижевск | | УР | | г. Ижевск | |
| | абс. ч. | % |
| Профосмотры | 37 | 94,9 | 23 | 95,8 | 26 | 96,3 | 13 | 100,0 | 35 | 94,6 | 5 | 100,0 |
| Обращение | 2 | 5,1 | 1 | 4,2 | 1 | 3,7 | 0 | 0 | 2 | 5,4 | – | – |
| Итого | 39 | 100,0 | 24 | 100,0 | 27 | 100,0 | 13 | 100,0 | 37 | 100,0 | 5 | 100,0 |

Почти у каждого ребенка в анамнезе зафиксирован контакт с больным туберкулезом (одномоментное выявление или наличие контакта более 3–4 лет назад).

Наличие активно-размножающейся микобактерии туберкулеза (по результатам *DST*) в организме детей, наблюдаемой в группах риска по туберкулезу (VI группа), несмотря на проводимое химиофилактическое лечение, приводит к развитию локального специфического процесса в органах дыхания (2012 г. – 35,9%; 2013 г. – 59,3%; 2014 г. – 35,1%).

Несмотря на качественно проводимые профилактические осмотры на туберкулез и преемственность педиатрической и фтизиатрической служб ежегодно регистрируются случаи выявленного туберкулеза у детей при обращении.

Из данных таблицы 5 видно, что доля вновь выявленных детей с активной формой туберкулеза после применения Диаскин-теста и СКТ-обследования (скарификационный тест) ежегодно закономерно растет (с 54,0% в 2012 г. до 85,7% в 2014 г.).

Заболеваемость туберкулезом подростков в Удмуртской Республике имеет тенденцию к снижению. В сравнении с 2012 годом этот показатель снизился на 7,6% и не превышает среднероссийский показатель. Заболеваемость туберкулезом подростков г. Ижевска снизилась в 4,5 раза (табл. 6).

Случаи выявленного туберкулеза у подростков зарегистрированы в 3 городах: Ижевске, Воткинске, Можге и 3 районах республики: Караулинском, Игринском, Ярском.

Клиническая структура заболеваемости подростков представлена в табл. 7.

Таблица 5. Выявление туберкулеза у детей по Удмуртской Республике

| Путь выявления | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % |
| Проф. осмотры | 37 | 94,9 | 26 | 96,3 | 35 | 94,6 |
| <i>DST</i> + р. Манту 2 ТЕ | 17 | 46,0 | 10 | 38,5 | 5 | 14,3 |
| <i>DST</i> + СКТ | 20 | 54,0 | 16 | 61,5 | 30 | 85,7 |
| Обращение | 2 | 5,1 | 1 | 3,7 | 2 | 5,4 |
| Всего | 39 | 100,0 | 27 | 100,0 | 37 | 100,0 |
| Из IV группы ДУ | 11 | 29,7 | 4 | 14,8 | 13 | 35,1 |
| Из VI группы ДУ | 15 | 38,5 | 16 | 59,3 | 13 | 35,1 |
| Имели контакт с туберкулезным больным | 16 | 41,0 | 18 | 66,7 | 25 | 67,6 |

Таблица 6. Заболеваемость туберкулезом среди подростков Удмуртской Республики

| Территория | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % |
| УР | 9 | 19,6 | 9 | 20,5 | 8 | 18,1 |
| г. Ижевск | 5 | 28,8 | 3 | 18,3 | 1 | 6,0 |

Таблица 7. Клиническая структура заболеваемости туберкулезом подростков Удмуртской Республики

| Заболеваемость | УР | | | | | | г. Ижевск | | | | | |
|---|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % |
| Первичный туберкулезный комплекс | 1 | 11,1 | – | – | 1 | 12,5 | – | – | – | – | – | – |
| Туберкулез внутригрудных лимфоузлов | 1 | 11,1 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Инфильтративный туберкулез легких | 6 | 66,7 | 8 | 88,9 | 5 | 62,5 | 5 | 100,0 | 2 | 66,7 | 1 | 100,0 |
| Очаговый туберкулез | 1 | 11,1 | – | – | 2 | 25,0 | – | – | – | – | – | – |
| Итого Туберкулез органов дыхания | 9 | 100,0 | 8 | 88,9 | 8 | 100,0 | 5 | 100,0 | 2 | 66,7 | 1 | 100,0 |
| Туберкулез периферических лимфоузлов | – | – | 1 | 11,1 | – | – | – | – | 1 | 33,3 | – | – |
| Итого Внегочной туберкулез | 0 | 0 | 1 | 11,1 | 0 | 0 | – | – | 1 | 33,3 | 0 | 0 |
| Всего: | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 8 | 100,0 | 5 | 100,0 | 3 | 100,0 | 1 | 100,0 |

Распределение клинических форм туберкулеза у подростков иное, у них преобладает туберкулез органов дыхания (ТОД) с вовлечением в патологический процесс легочной ткани и представлен стабильно высоким удельным весом инфильтративных форм. В 2014 году внелегочных форм туберкулеза у подростков не зарегистрировано (в 2013 г. – 1 случай).

Необходимо отметить, что среди впервые выявленных носителей туберкулеза подростков отмечается рост доли больных с деструкцией в легочной ткани (2012 г. – 22,2%; 2013 г. – 25,0%; 2014 г. – 37,5%) и с бактериовыделением (2012 г. – 44,4%; 2013 г. – 37,5%; 2014 г. – 50,0%), что является крайне неблагоприятным прогностическим признаком.

Случаев смерти от туберкулеза среди подростков за последние 3 года зарегистрировано не было.

В 2014 году отмечается рост заболеваемости туберкулезом среди подростков – студентов ПТУ, техникумов. Доля заболевших подростков в этой группе составила в 2014 г. – 37,5% (в 2012 г. – 22,2%, в 2013 г. – 33,3%) – (табл. 8). Заболеваемость среди девушек-подростков снизилась с 77,8% в 2012 году до 37,5% в 2014 году.

Необходимо продолжать активизировать организацию мероприятий по своевременному

выявлению и профилактике туберкулеза среди этой возрастной категории (табл. 9).

В течение последних 3-х лет снижается выявление активных форм туберкулеза у подростков УР при профилактических осмотрах и растет выявление заболевания при обращении.

Показатель заболеваемости детей и подростков УР, проживающих в бациллярных очагах туберкулезной инфекции стабильно высокий с тенденцией к снижению в сравнении с 2012 годом (в 2 раза), что связано с эффективной профилактической работой с группой риска

Число заболевших активным туберкулезом детей и подростков УР, проживающих в бациллярных очагах туберкулезной инфекции составило в 2012 году 11 человек, в 2013–3, в 2014–7.

Заболеваемость на 100 тыс. населения составила в 2012 году – 1449,3, в 2013–481,2, в 2014–707,8.

Раннее выявление туберкулеза у детей и подростков. Основным методом раннего выявления туберкулеза у детей является массовая туберкулинодиагностика, проводимая с 12-месячного возраста и до 18 лет, у подростков – ФГ-осмотры, которые проводятся в 15–17 лет, согласно приказа МЗ УР от 10.09.2014 г. № 798 «О мерах по повышению выявления туберкулеза в медицинских организациях УР» (табл. 10).

Таблица 8. Заболевшие подростки по Удмуртской Республике

| Категория заболевших | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---------------------------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Учащиеся школ | 5 | 55,6 | 5 | 55,6 | 3 | 37,5 |
| Студенты ПТУ, техникумов, вузов | 2 | 22,2 | 3 | 33,3 | 3 | 37,5 |
| Неорганизованные | 2 | 22,2 | 1 | 11,1 | 2 | 25,0 |
| Итого | 9 | 100,0 | 9 | 100,0 | 8 | 100,0 |

Таблица 9. Пути выявления туберкулеза у подростков Удмуртской Республики

| Путь выявления | 2012 | | | | 2013 | | | | 2014 | | | |
|----------------|----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| | УР | | г. Ижевск | | УР | | г. Ижевск | | УР | | г. Ижевск | |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Профосмотры | 9 | 100,0 | 5 | 100,0 | 7 | 77,8 | 2 | 66,7 | 6 | 75,0 | 1 | 100,0 |
| Обращение | – | – | – | – | 2 | 22,2 | 1 | 33,3 | 2 | 25,0 | – | – |
| Итого | 9 | 100,0 | 5 | 100,0 | 9 | 100,0 | 3 | 100,0 | 8 | 100,0 | 1 | 100,0 |

Таблица 10. Туберкулинодиагностика детского населения с 1 года до 14 лет Удмуртской Республики (%)

| Территория | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------|------|-------|------|
| г. Ижевск | 92,0 | 106,7 | 99,9 |
| УР | 89,2 | 95,2 | 95,6 |

Охват детского населения туберкулиновыми пробами в 2014 году составил 95,6%, несмотря на то, что приобретение туберкулина начиная с 4-го квартала 2013 года осуществлялось медицинскими организациями за счет средств ОМС.

Флюорографическое исследование подростков с 2012 года проводится ежегодно. В 2012 году флюорографическое исследование прошли 78,7% подростков, в 2013–91,1%, в 2014–91,4%.

Низкий охват профилактическими осмотрами подросткового населения приводит к невыявлению туберкулеза среди этой возрастной категории.

Важным разделом работы является диспансерное наблюдение детей и подростков из групп риска.

В результате ежегодно проводимой туберкулинодиагностики доля впервые инфицированных детей и подростков снижается (табл. 11).

Таблица 11. Диспансерное наблюдение детей и подростков группы риска Удмуртской Республики

| Туберкулино-диагностика | УР | | | | | | г. Ижевск | | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % |
| р.Манту | 234485 | 89,2 | 257584 | 95,2 | 264597 | 95,6 | 91657 | 92,0 | 110541 | 106,7 | 107419 | 99,9 |
| VI А гр. | 1856 | 0,8 | 2014 | 0,8 | 1476 | 0,6 | 923 | 1,0 | 1059 | 0,9 | 766 | 0,7 |
| VI Б гр. | 321 | 0,1 | 322 | 0,1 | 307 | 0,1 | 109 | 0,1 | 90 | 0,07 | 95 | 0,08 |
| VI В гр. | 294 | 0,1 | 367 | 0,1 | 286 | 0,1 | 60 | 0,06 | 54 | 0,04 | 38 | 0,03 |
| Всего по VI гр. | 2471 | 1,1 | 2703 | 1,0 | 2069 | 0,8 | 1092 | 1,2 | 1203 | 1,01 | 899 | 0,8 |

На основе изложенных выше данных следует активизировать: организацию мероприятий по своевременному выявлению и профилактике туберкулеза среди детского и подросткового населения республики; взаимодействие работы участковых педиатров с фтизиатрами – кураторами ЛПУ в части обмена информацией о детях, нуждающихся в консультации фтизиатром по итогам проведенной туберкулинодиагностики и проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы. 1. В сравнении с 2013 годом заболеваемость туберкулезом среди детей в 2014 году выросла по УР в 1,3 раза, а по г. Ижевску снизилась в 2,7 раза. 2. Наблюдается снижение забо-

леваемости детей и подростков, проживающих в бациллярных очагах туберкулезной инфекции, что связано с эффективной профилактической работой с данной группой населения. 3. Основным методом выявления туберкулеза у детей и подростков является профилактический осмотр. Низкий показатель профосмотров среди подросткового населения так же влияет на выявление туберкулеза в этой возрастной категории. 4. Несмотря на качественно проводимые профилактические осмотры на туберкулез и преемственность педиатрической и фтизиатрической служб ежегодно регистрируются случаи выявления туберкулеза у детей и подростков при обращении.

ЭКОЛОГИЯ

УДК 39 (= 511.131)

Г. А. Никитина

ФГБУН «Удмуртский институт истории, языка и литературы Уральского отделения РАН», г. Ижевск

КУМЫШКА В ТРАДИЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ И В СОВРЕМЕННОЙ ЖИЗНИ УДМУРТОВ

Никитина Галина Аркадьевна — ведущий научный сотрудник отдела исторических исследований доктор исторических наук, профессор; тел. раб. 8 (3412) 68-80-39, E-mail: nikitina@udnii.ru

Проанализировано место самогона в традиционном удмуртском обществе и в современной его жизни. Представлена картина запретов и разрешений на право кумышковадения удмуртами, показана трансформация статуса кумышки после Октября 1917 г. и в постсоветский период, пагубные последствия этого процесса.

Ключевые слова: удмурты; кумышка; традиционное общество; религиозные функции; современность; трансформация статуса.

G. A. Nikitina

Udmurt Institute of History, Language and Literature of the Ural branch of Russian Academy of Science, Izhevsk

HOME-DISTILLED VODKA IN TRADITIONAL SOCIETY AND CONTEMPORARY LIFE OF THE UDMURTS

Nikitina Galina Arkadievna — Leading Researcher Doctor of History, Professor

The article analyses the role of home-distilled vodka in the Udmurt traditional society and contemporary life. An account of bans and permissions for the Udmurts to distil vodka at home is presented. The article demonstrates the transformation of the status of home-distilled vodka after October 1917 and in the post-Soviet period as well as the fatal consequences of this phenomenon.

Key words: Udmurts, «Kumyshka» (home-distilled vodka), traditional society, religious functions, modern times; transformation of status.

В традиционной удмуртской культуре был напиток, в прошлом неоднократно становившийся объектом специальных исследований. Речь идет об удмуртском самогоне (алкогольный напиток) — *кумышке*. На протяжении XIX в. царское правительство пыталось бороться с кумышковадением удмуртов, чтобы соблюсти принцип государственной винной монополии. Однако все неоднократные попытки запретить изготовление этого напитка неизменно оканчивались провалом.

«Трудно себе представить, чтобы удмурты бунтовали, — удивлялся современник тех событий, — но как только дело касается кумышки, они становятся непокорными власти. Корчемной страже нередко приводилось встречать селение, оцепленное вотяками для отпора страже, если она вздумает провести обыск. Бывали нередко

ожесточённые драки, даже убийства. К одному новому корчемному заседателю после нескольких недель его службы явилась депутация из десяти вотяков. Ему было сказано: «Бачка! Коль хочет твой, чтобы голова сидел на плечах, то не якшайся больно с откупом...». Корчемный, после такой угрозы, перед своими отъездами для обысков вынужден был тайно предупреждать вотяков о своём посещении. Кто знает быт вотяков, тот, не задумавшись, скажет, что вотьяк не способен даже думать об угрозе чиновнику [1].

После Указа 1890 г. о запрещении кумышковадения удмурты, по выражению И. С. Михеева, «объявили правительству настоящую войну. Они боролись с кумышечной стражей всеми средствами: отступали в леса, в овраги. Когда же враг наступал их врасплох, вотяки с яростью бросались на своих врагов, и очень часто эта

борьба заканчивалась победой вотяков. В Елабужском уезде женщина-вотячка выстрелом из ружья убила урядника, дерзнувшего переступить порог *куалы*, где она варила кумышку. В Сарапульском уезде толпа вотяков убивает акцизного надзирателя, который, несмотря на предостережения местной полиции, забрался в лес, где вотяки варили кумышку. Около Н. Мултана вотяки из засады убивают стражников и урядников, специально представленных для надзора за кумышковарением. В Мамадышском уезде вотяки до полусмерти избивают кумышечного урядника, который после этого отпрашивается на другое место, подальше от вотяков...» [1].

В одном из фондов Государственного архива Кировской области (ГАКО) была обнаружена заметка, составленная А. Столбовым под названием «Кумышка – домашнее вино вотяков» на 77 листах [2]. В ней дана достаточно подробная историко-этнографическая характеристика удмуртов. После информации о принятии удмуртами христианства по принуждению или из-за материальных выгод, автор переходит к описанию кумышковарения: «Кумышковарение по существу есть первобытное винокурение и отличается от нынешнего винокурения только примитивностью приемов и орудий производства. Кумышечный аппарат является прототипом брагоперегонного аппарата на нынешних винокурных заводах. Для получения высоких сортов кумышки самогон перегоняют трижды, притом отбираются начало и конец каждой навалки, так как вотякам известно, что в начале и конце сгонки продукт получается худшего сорта, самый же лучший – в середине. Выкуренная таким способом кумышка, да еще сдобренная медом, составляет, по мнению знатоков, превосходный напиток. Такое улучшенное приготовление кумышки доступно только состоятельным».

На основании анализа этимологии слов *вина* и *арака* (тат.), *аракагъ* (марийск.), *арьякъ* (чув.) автор выдвигает предположение, что домашнее курение вина у удмуртов и перечисленных инородцев ведет свое происхождение от волжских болгар. Далее он продолжает: «На религиозное значение кумышки впервые указывает Высочайший рескрипт, данный 8 февраля 1802 г. на имя вятского губернатора Рунича: курение кумышки в дремучих лесах, облегающих селения вотяков, издавеле было в обычае сего народа. Обычай сей, будучи связан с их верой, тем

более укоренился». Все знатоки и исследователи вотского быта выставляют кумышку как один из видов жертвенных приношений языческим богам: «... вместо фимиама бросают в огонь по три раза по маленькой частице хлеба и мяса, и также по три раза льют из каждого сосуда кумышку и пиво».

Вотяки любили говорить, что без кумышки им нельзя молиться богу по-своему. Разрешение курить кумышку они объясняли этою же причиной. Пужеучинские вотяки в 1838 г. говорили, что правительство потому и разрешило им курить кумышку, что иначе им нельзя было бы молиться по старой вере, что «доколе не будет отказа кумышке, дотоле вотская вера будет». Беседовавший с ними священник заявил, что он не преминет ходатайствовать у начальства за прещение кумышки. Вотяки на это возразили: «Что, бачка, и говорить пустое. Ведь нам сам Государь велел курить и потому только, что нам нельзя было бы молиться по-своему. Кто же запретит без него?».

Далее автор задается целью выяснить, считалось ли вотское кумышковарение до Указа 6 февраля 1803 г. неразрешенной процедурой. Оказывается, разрешение удмуртам на курение кумышки было дано еще в XVIII в. в результате сенаторских ревизий Вятской губернии. Очередное запрещение кумышковарения последовало в 1818 г., разрешение – в 1827 г.

С этого года право «на курение кумышки» удмуртами постепенно сужалось и ограничивалось. Окончательное запрещение курения кумышки последовало за Указом от 6 марта 1890 г.

Не только удмурты, но и представители многих доиндустриальных обществ в сфере своей повседневной деятельности включали воздействующие на сознание вещества растительного или животного происхождения. Поведение в сфере экономики, социальная организация и система верований некоторых народов всегда находились под влиянием использования растительных галлюциногенов. Нельзя сказать, что удмуртам были широко известны наркотические и галлюциногенные средства. К такого рода веществам можно отнести кумышку (*аракы*) – напиток, получаемый из ржи, овса, ячменя или картофеля путем дистилляции. Галлюциногеном кумышка становилась, будучи настоянной на мухоморе или ином ядовитом растении.

Фольклорно-этнографический материал свидетельствует, что кумышка в удмуртском обществе играла утилитарную, коммуникативную, символическую, этнодифференцирующую и знаковую роли, нередко употреблялась в качестве лечебного и магического средства. Особое пристрастие удмуртов к кумышке, на что обратили внимание многие дореволюционные исследователи, имело, по-видимому, ритуальный характер. Несколько раз в году, обычно в дни жертвоприношений, календарных обрядов, некоторых семейных празднеств, например, свадеб, удмурты предавались коллективному санкционированному опьянению. По мнению В. Е. Владыкина, подобные дни всеобщего одурманивания спиртным (особая роль кумышки в ритуальной жизни удмуртов), возможно, есть «отголосок древнего мировосприятия: у многих народов в мифах о сотворении мира часто упоминаются растения, из которых приготавливаются напитки галлюциногенного или просто опьяняющего действия» [3].

В обычное время, в рабочие будни пьянство строго осуждалось. Несмотря на предполагаемую древность кумышки, исследователи не смогли обнаружить в традиционном удмуртском обществе сколько-нибудь значительного злоупотребления ею, особенно в страду. Осознание безусловного вреда для здоровья, чувство опасности, грозящей обществу, заставляло общину всегда быть на страже и ограничивать употребление алкоголя. Нормы морали, правила хорошего тона, гостевой этикет, связанные с употреблением опьяняющих напитков, ярко отражены в устном народном творчестве: «*Кудзем мурт визьтэмлэсь но урод*» (Пьяный хуже дурака), «*Курьтсэ юыса, зече уд поты*» (От горькой не будет добра), «*Юись муртлэн възьтэз базарын*» (У пьяницы совесть на базаре). Злоупотребляющего спиртными напитками удмурты кратко, но емко называли «тордос» (пропойца).

Есть устные предположения ботаников, что древние удмурты в качестве галлюциногенов могли использовать не только мухомор (*куткулон губи*), но и белену, дурман и некоторые другие ядовитые растения. Скорее всего, знаниями о необычных одурманивающих свойствах этих растений первоначально обладали только колдуны, народные целители, которые использовали их в своей магической и лечебной практике.

После октября 1917 г. большевики начали борьбу с самогонварением и его сбытом, рас-

пространением. При этом ссылки на массовое самогонварение и пьянство среди населения Удмуртии, особенно удмуртов, в документах и литературе тех лет столь часты, что невольно возникает вопрос, действительно ли было так? И если да, то почему? Были же у корреспондентов Ижевской правды какие-то основания писать, что в 1927 г. пьянство в области приняло размеры «стихийного бедствия, с которым придется бороться так же, как с эпидемией, заразой или большим пожаром» [4]. Годом раньше та же газета сообщала, что среди бытовых преступлений удмуртов на первом месте стоит кумышковарение, и что крестьянство Вотской области тратит на кумышку около 0,5 млн пудов хлеба [5].

В какой-то мере такое поведение можно объяснить стремительным разрушением привычной картины мира. В условиях дестабилизации, когда почва уходит из-под ног, когда теряешь хозяйственную самостоятельность и неожиданно превращаешься в классового врага, когда видишь, как вчера еще принадлежавший тебе, а сегодня «колхозный» скот находится на грани вымирания, не мудрено махнуть на все рукой («да пропади все пропадом!»), удариться в пьянку, как в возможность забыться и отключиться от всего. В этом смысле в крестьянской алкогольной традиции появился новый фактор, провоцирующий употребление алкоголя по принципу «лучше все пропить», чем отдать по продрозверстке.

Со временем в глазах удмуртского крестьянства кумышка перестает ассоциироваться только с ритуалом и праздником, и как следствие этого появляется употребление алкоголя в будни. Между тем, еще в недавнем прошлом консерватизм крестьянской жизни, сильное влияние общинных традиций не позволяли крестьянину ставить самогон выше интересов собственного хозяйства. Об этом можно судить даже по информации в Ижевской правде за 1927 г.: «В 1925 г. среди удмуртов не было ни одного алкоголика, в 1927 г. – 1» [6].

После очередного крушения сложившейся за годы советского строя новой картины мира, злоупотребление алкоголем начинает напоминать ситуацию послеоктябрьского периода, во многом – даже более худшую. Приведем буквально два примера. По информации, полученной в одном из хозяйств северного куста Удмуртии, из 25 умерших в 2004 и 2005 гг., 11 ушли из жизни из-за злоупотребления алкоголем:

четыре суицида, два убийства, две смерти от цирроза печени, две – от алкогольной интоксикации, одна – от несчастного случая [7]. Самооценка сельских жителей наводит на мысль, что преобладающая их часть склонна объяснить причину бедности именно пьянством: «В годы перестройки стали пить больше из-за социальной неустроенности. Посмотрите – была семья, хорошая семья. Он работал в колхозе, а у нас зарплату годами не выплачивали. Естественно, неумная жена упрекнет мужа, скажет «какой из тебя мужчина», а он не знает, что делать. Идти воровать, не у каждого рука поднимется, а у кого поднялась, попал «туда». Неумная жена снова упрекнет, и что ему делать: он ведь переживает, он же не бездушный, вот и начинает пить, снова слышит упреки и унижительные слова от жены, а он – еще сильнее пить. За этим следуют уже проблемы материальные, финансовые...» [8].

Современное общество испытывает большую тревогу в связи с распространением наркотиков и стремительным ростом наркотизации среди детей и молодежи. Статистических данных по удмуртскому населению у автора нет, но предполагать, что одурманивание психоактивными веществами, в том числе наркотиками, еще не коснулось удмуртов, было бы наивно. Среди удмуртской молодежи, особенно сельской, с угрожающей скоростью распространяется потребление алкоголя, создавая реальную угрозу для генофонда этноса. Нарастающее употребление спиртных напитков меняет устои общества, приводит к раннему приобщению к спиртному молодежи, а также женщин. Алкоголизация женщин и молодежи принимает крайне опасные размеры. К примеру, в Алнашском районе еще в конце 1980-х гг. в наркологическом отделении районной больницы на учете стояли 17 женщин, а в начале 2004 г. их численность превышала уже 80 человек. По словам респондента, чтобы получить близкую к реальной картину, цифру нужно увеличить как минимум в 10 раз [9].

Приходится констатировать, что борьба с пьянством, алкоголизацией населения, в том числе сельского, пока не приводит к кардинальной смене моделей поведения людей, напротив, складывается впечатление, что ситуация даже ухудшается. На такую мысль наводит информация сайта газеты «Известия Удмуртской Республики» в конце июля 2014 г. В ней сообщается, что Удмуртия в ПФО по итогам первого полугодия 2014 г. занимает 2-е место по употреблению спиртных напитков, и что население республики за первую половину года потратило 8,2 млрд руб.

на покупку алкоголя. Это означает, что каждый житель (от младенцев до стариков) за 6 месяцев «потратил» на спиртное 5,4 тыс. руб. Прибыль от розничной торговли за это же время составила 87,7 млрд руб., математические подсчеты показывают, что чуть ли не 10-я часть этой выручки была получена за счет продажи алкоголя [10].

На этом печальная информация, связанная с алкоголем, к сожалению, не заканчивается. По сообщению пресс-службы Удмуртстата, за последующие 3 месяца 2014 г. (с августа по октябрь) жители Удмуртии потратили на покупку алкоголя еще 4,8 млрд руб., а в целом за 9 месяцев – 13 млрд руб. По данным ведомства, в среднем за это время каждый человек в республике «потратил» на спиртное 8,6 тыс. руб. По этим показателям население УР в Приволжском федеральном округе занимает 3-е место: на одного человека в республике приходится 6,9 литра абсолютного алкоголя. Наибольший данный показатель в Пензенской области – 7,7 литра, 2-е место занимает Кировская область – 7,2 литра. Наименьшие цифры по потреблению алкоголя в ПФО среди населения Саратовской области.

В итоговые статистические данные не включается самогонварение. Между тем, есть основания предполагать, что с повышением цен на крепкие алкогольные напитки, объемы домашнего «курения» спиртного в деревнях увеличились. На эту мысль наталкивают и повышающиеся цены на продукты питания: пенсионеры, скорее всего, гонят кумышку для сбыта, чтобы добавить некоторую сумму к пенсиям, да и по хозяйственной необходимости. Никто для них не отменял подвоз дров, их распилов и колку, зимнюю чистку снега в усадьбах, не говоря уже о весенних видах работ на собственных огородах: есть кумышка, значит будет им чем расплачиваться.

Список литературы:

1. **Михеев, И. С.** Кумышка / И. С. Михеев // ИОАИЭ.– Т. 34.– Вып. 1–2.– Казань, 1928.– С. 150.
2. Государственный архив Кировской области.– Ф. 170. Оп. 1. Д. 129.– Вятская ученая архивная комиссия.
3. **Владыкин, В. Е.** Религиозно-мифологическая картина мира удмуртов / В. Е. Владыкин.– Ижевск, 1994.– С. 13.
4. Ижевская правда.– 1927, 27 марта.
5. Ижевская правда.– 1926, 25 марта.
6. Ижевская правда.– 1924, 21 августа.
7. Полевые материалы автора.– Игринский район, с. Чутьрь / А. К. Данилова.
8. Научно-отраслевой архив УИИЯЛ УрО РАН.– РФ. Оп. 2-Н. Д. 1331«а».– Л. 25.
9. Полевые материалы автора.– Алнашский район, с. Алнаши/В. М. Булдаков.
10. www.Izvestiaur.ru – Информация: 04.08. 2014 г.

УДК 39 (=511.131)+61

Г. А. Никитина

ФГБУН «Удмуртский институт истории, языка и литературы Уральского отделения РАН», г. Ижевск

ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ УДМУРТОВ

Никитина Галина Аркадьевна — ведущий научный сотрудник отдела исторических исследований доктор исторических наук, профессор; тел. 8 (3412) 68-80-39, E-mail: nikitina@udnii.ru

Проведен анализ изучения народной медицины удмуртов учеными- этнографами, биологами, фольклористами, языковедами, медицинскими работниками и представителями других научных дисциплин. Historiography of folk medicine берет начало в XVIII в. и продолжается до настоящего времени.

Ключевые слова: историография; ученые-исследователи XVIII-XX и начала XXI вв.; народная медицина; удмурты.

G. A. Nikitina

Udmurt Institute of History, Language and Literature of the Ural branch of Russian Academy of Science, Izhevsk

HISTORY OF STUDYING UDMURT FOLK MEDICINE

Nikitina Galina Arkadievna — Doctor of History, Professor, Leading Researcher

The study of Udmurt folk medicine by ethnographers, biologists, folklorists, linguists, health professionals and other researchers has been analysed. Historiography of folk medicine originates in the 18th century and continues to the present.

Key words: historiography; researchers of 18–20th and of 20-early 21st centuries; assessment of Udmurt folk medicine.

Народная медицина удмуртов как продукт коллективного народного опыта представляет собой целостную систему эмпирических знаний, способов и средств диагностики, предотвращения и ликвидации нарушений физического и психического здоровья, опирающихся исключительно на практический опыт и наблюдения, передаваемые из поколения в поколение в устной и, отчасти, в зрительной форме. Она представляет собой сложнейшую систему терапии, учитывающую возраст, пол больного, природные условия (экологию), время (сезон). В ней комплексно используется весь арсенал имеющихся в распоряжении средств: культурные и дикие растения, продукты животного мира, минералы, психо- и физиотерапия (тепло, холод, вода), массаж, хирургические приемы и т. д.

Возникнув в глубокой древности, народная медицина удмуртов практически до конца XIX в. была единственным видом медицинской помощи населению края, а в дальнейшем успешно сосуществовала с медициной научной. Источники второй половины XIX – начала XX в., полевые этнографические материалы свидетельствуют о давних традициях и широкой сфере применения в народной медицине удмуртов лечебных средств растительного характера в виде отваров, настоев, настоек, мазей, ингаляций, компрессов, ванн. В народе лечебными считались все травы, кроме метлицы полевой. Самыми полезными считались зверобой и душица: «они от 77 болезней лечат».

С успехом применялись плоды кустарников, кора, листья деревьев, огородные и технические культуры, ряд ядовитых растений (например, спорынья), продукты животного происхождения.

Проблема народной медицины удмуртов не нова для отечественной науки. Первые краткие письменные сведения об удмуртах и их культуре Н. Рычкова, Г. Миллера, И. Георги известны еще с XVIII в. К примеру, Н. П. Рычков, описывая моление божеству *Шунды-мумы* в случае заболевания оспой, зафиксировал фрагмент словесной составляющей обряда. Он также впервые упоминает о *туно* – удмуртских ворожцах, к которым больные обращались за помощью. В трудах И. Георги содержатся первые заметки о принесении жертвы духу воды *Вумурту* во время болезни, об обряде *урвесь*, который совершается во время эпидемий.

В XIX в. в трудах наблюдателей, ученых встречаются фрагментарные материалы по народной медицине удмуртов, в основном описывающие отдельные лечебные обряды, фигуры *туно* и его функции, мифологические представления о причине заболеваний. В. Бехтерев [1], Г. Верещагин, к примеру, отмечали, что удмурты болезнь считали порождением злых духов [2]. Подробное описание этих злых духов можно найти в трудах Б. Гаврилова. Уникальны по своему содержанию рассказы и предсказания *туночи* (знающих) и информация о ведунгах, также зафиксированные Б. Гавриловым.

Роль и статус *туно* в жизни удмуртов получили относительно подробное описание в этнографической литературе конца XIX – начала XX в. в трудах Г. Миллера, М. Елабужского, П. Богаевского, И. Васильева, Г. Верещагина. Наряду с ворожцами – *туно*, Д. Островским, М. Бухом, П. Лупповым, Г. Верещагиным записывается информация и о *пелляськиць/пеллясь/абыз*, т. е. о знахарях-шептунах, которые лечат больных с помощью заговоров. По мнению М. Буха, все, что делает *пелляськиць*-знахарь, под силу и *туно* – ворожцу, но не все, что делает ворожец, может выполнять знахарь [6]. Первухин отмечает, что статус ворожца в этот временной период начинает утрачивать свою значимость, утрачиваются и его функции. Так, во время трудных родов чаще стали посылать за знахарем, соединяющем в одном лице должности и ворожца, и знахаря-шептуна. Н. Первухину также принадлежит лаконичная информация о том, что, по представлениям глазовских удмуртов, один из богов высшей триады – *Квазь/Куазь* – является не только богом атмосферы и ее явлений, но и властителем над жизнью, болезнями и смертью. Каково же действительное влияние этого божества на здоровье человека, какова его конкретная связь с заболеваниями людей, исследователь не уточнил. В целом складывается впечатление, что в народной медицине удмуртов боги высшей иерархии – *Инмар*, *Кылдысин/Му-Кылчин*, *Куазь* и некоторые семейно-родовые божества – воспринимались удмуртами как покровители, гаранты здоровья и счастья, дарящие людям успех, покой, богатство и прочие блага. Им следовало поклоняться, приносить жертвы, почитать и уважать, считаться с ними. Сильного и безотчетного страха они не вызывали, ибо были скорее добрыми, нежели злыми. Не случайно во всех молитвах – *куриськонах* – и даже во многих заговорах от болезней удмурты в первую очередь апеллировали к *Инмару* и *Кылдысину*, ища защиту у них.

Пожалуй, более всех о народной медицине удмуртов, причем о рациональных и магических приемах лечения болезней, писал Г. Верещагин, особенно во второй книге «Вотяки Сарапульского уезда», где в отдельном разделе представлена информация о способах лечения вотяков. Здесь даны сведения о народных лекарственных средствах, процессах заговаривания опухолей, кровотечениях, оспы, уроков и др. заболеваний [5].

В своей неопубликованной работе «Очерки воспитания детей у вотяков» Г. Верещагин впервые приводит список заболеваний на удмуртском языке с объяснением их природы, симптомов и мер по их устранению. Хочу привести любопытный кусочек текста. Автор пишет, что «по достижении примерно 7-летнего возраста дети ходят в поле и луга за разными ягодами и съедобными травами, которые едят в сыром виде» и далее перечисляет 8 съедобных трав, 19 – ягод, 57 видов трав, 17 – грибов, столько же – насекомых, 44 – птиц и 8 минералов, и уточняет, что это «только третья часть того, что знают дети вотяков». Я сегодня не могу с уверенностью сказать, что даже современные взрослые знают столько наименований представителей флоры и фауны.

По сведениям Г. Верещагина, удмурты современного Шарканского района Удмуртии именно в ночь на Иванов день отправлялись на луга и в полной тишине собирали травы «в трех местах без разбору, какая попадет, и, принеся домой, подвешивали для сушки». Целительная сила в Иванов день приписывалась не только травам и цветам, но и росе: ее собирали в емкости, слегка ударяя краешком об травы, и затем хранили как лекарственное снадобье в бутылочках в красном углу избы.

Г. Верещагин также писал, что в народе существовало поверье, согласно которому, один раз в году (в Иванов день) расцветает чудесным цветком папоротник («*кикыньло/кикыньол*»), который обладает волшебными свойствами и может обезопасить нашедшего его от всех болезней и несчастий, сделать нашедшего невидимым для окружающих. Подобное поверье имело широкое распространение и среди других европейских народов. Ключевая/освященная/заговоренная/подслащенная медом/подсоленная вода, а также вода из нескольких источников и дождевая/талая использовалась во многих магических приемах, направленных на излечение. Считалось, что вода уносит болезни и несчастья, сглаз, порчу. С лечебной целью воду плескали в лицо или обрызгивали больное место, в других случаях умывали или поили больного. Но через воду же можно было насылать болезни, например, отправлять их по течению реки.

Особый вклад в изучение народной заговорно-заклинательной традиции удмуртов внесли зарубежные исследователи Б. Мункачи и Ю. Ви-

хманн. Собранный ими материал дифференцирован по жанрам и переведен на венгерский язык Мункачи и немецкий – Вихманном. По мнению Т.И. Паниной, обоими зафиксированы самые емкие и выразительные тексты удмуртских заговоров.

В 1879 г. в двух номерах Вятских губернских ведомостей была опубликована статья М. Фармаковского о физическом воспитании удмуртских детей, а 13 годами позже в Чернигове вышли очерки Н. Тезякова, посвященные медико-статистическому и антропологическому анализу предков современных «куединских» удмуртов Пермского края. Обе работы имеют непосредственное отношение к предмету сегодняшнего нашего разговора.

Из работ начала XX в. можно отметить труд А. Емельянова «Курс по этнографии вотяков». Последняя глава книги посвящена мифологическим представлениям удмуртов о природе болезней, описанию болезнетворных духов и способов их умилостивления, роли *туно* и *пелляськись* в удмуртском обществе. Нельзя сказать, что материал и выводы автора отличаются оригинальностью, он скорее обобщает ранее опубликованные материалы по народной медицине удмуртов.

М. Ильину и его ученикам удалось собрать богатейший материал по традиционной культуре удмуртов, в том числе – по народной медицине, основная часть которых осталась лишь в рукописном варианте. Судя по рукописям, автора больше интересовали магические способы лечения болезней: проговаривание заговорно-заклинательных формул, задабривание духов нечистых мест, символическая замена больного ребенка. Лечебные заговоры из коллекции М. Ильина охватывают широкий спектр функциональной направленности: от ячменя, ожога, кровотечения, сглаза, зубной боли, ангины, глазных болезней, нарыва, грыжи, панариция, раны, язвы.

Кроме М. Ильина, эту тему освещали И. Михеев и К. Герд. Статья И. Михеева «Болезни и способы их лечения по верованиям и обычаям казанских вотяков» вводит в научный оборот ценный материал для изучения этномедицины и заговорно-заклинательной традиции. Наряду с описанием представлений о болезнях, лечебных ритуалах, автор приводит заговоры от испуга, ангины, свинки, болей в животе, ли-

шая, бородавок, ожога, трещин на губах, ячменя. К. Герд в работе «Человек и его рождение у восточных финнов» затрагивает вопросы защиты беременной и ее будущего ребенка, роженицы и новорожденного от сглаза, воздействия негативных сил.

В советские годы долгое время изучались лишь прикладные аспекты народного врачевания, например, фитотерапия и применение ее на практике, а также история медицины. Ведущей же тенденцией в этот временной период была одна линия: ученые в своих трудах часто изобличали антинаучную, суеверную и в целом нездоровую суть знахарства, колдовства, деятельность «неграмотных бабок», приносящих своей работой лишь вред. И лишь в конце 1970-х гг. ученым удалось наладить архивную и полевую работу по рассматриваемой теме.

В более позднее советское время рассмотрению проблем удмуртской этномедицины не уделялось значительного внимания, можно отметить лишь несколько исследований. Одно из них принадлежит историку М.В. Гришкиной, другое – В.Ф. Кнелъц. Маргарита Владимировна Гришкина (Сысоева) опубликовала работу, посвященную истории здравоохранения в Удмуртии, начиная с XVIII в., где имеется некоторая информация об обеспеченности удмуртов медицинской помощью до введения в крае института земской медицины. В статье В.Ф. Кнелъц приводится значительный фактический материал (сведения отличаются подробностью) по применению удмуртами растительных, животных и минеральных средств лечения кожных повреждений (ран, обморожений, ожогов) [7].

Филолог В.К. Кельмаков, продолжая традиции дореволюционных собирателей удмуртского фольклора, выпустил сборник «Образцы удмуртской речи: северное наречие и срединные говоры» (1981), в котором зафиксированы три удмуртских заговора. В последующие два тома данного исследования вошли десять заговорных текстов. Можно сказать, что именно с 80-х гг. XX в. заговорно-заклинательный фольклор и народная медицина удмуртов становятся предметом не просто сбора и ввода в научный оборот, но и теоретического их осмысления.

В постсоветский период появились многие значительные труды, в том числе затрагивающие

вопросы народной медицины удмуртов. Так, фольклористом Т. Г. Владыкиной в монографии «Удмуртский фольклор: проблемы жанровой эволюции и систематики» проведены текстологическое сопоставление и анализ, сравнение существующих локальных вариантов заговорно-заклинательных формул. Преимущественно этнологи, лингвисты и фольклористы предпринимают попытки дать объективную картину народной медицины, рассматривают санитарно-гигиеническую культуру, приемы врачевания, набор лечебных средств, пытаются вычлнить этническую составляющую этномедицины. В ряде научных трудов этнографа, профессора Удмуртского государственного университета В. Е. Владыкина содержится материал для исследования удмуртской медицинской культуры, в частности, описание представлений удмуртов о духавиновниках болезней, о жертвах, им приносимым, и о некоторых методах лечения.

Мифологические представления удмуртов о болезнях, их причинах и способах борьбы с ними обобщены в работах других современных ученых – Т. Г. Миннихметовой, Н. И. Шутовой, Г. А. Никитиной.

В работах Т. Г. Миннихметовой подытожены материалы полевых сборов среди удмуртов Республики Башкортостан. Публикации автора неизменно привлекают к себе внимание в силу того, что закамские удмурты сохранили в своей культуре многие архаические черты, в том числе – в области народной медицины. Неслучайно они называют себя «настоящими удмуртами, не предавшими веру предков».

В трудах Н. И. Шутовой описываются дохристианские святыни, на которых совершались моления общего и частного характера, в том числе – по случаю болезней.

Что касается работ Г. А. Никитиной, ею проанализированы используемые удмуртами лечебные средства растительного, животного и минерального происхождения, большая часть которых, будучи рационально оправданными, оказывала видимое терапевтическое воздействие. Про иррациональные методы лечения болезней можно сказать, что народ в них тоже верил, верил в силу заговорно-заклинательных формул, и порой больные выздоравливали, что можно объяснить лишь тем, что эти формулы влияли на психическое состояние больного, бу-

дучи своего рода психотерапией. В целом же, природа болезней в удмуртском обществе объяснялась в рамках мифологического мировосприятия, восходящего к ранним формам религиозных верований – анимизму, тотемизму, магии, вере в колдовство, знахарство, культу предков и семейно-родовых святынь, и в рамках этого же мировосприятия лечилась. Основное предназначение народной медицины автор усматривает в «примирении» человека с силами природы, способом достижения желаемого становилась магия действий и слов, параллельно с которыми использовались предметы окружающей материально-предметной среды [10].

Можно отметить книгу Л. С. Христолюбовой на удмуртском языке «*Калык сямъёсты чакласа*» (Удмуртские народные обычаи), изданную в 1995 г. В ней представляет интерес предпоследняя глава «*Арбериос но йылольёс*» (Вещи и обычаи), где автор анализирует, в каких сферах и в каких случаях в жизненном обиходе удмурты используют хлеб, воду, соль, яйцо, огонь, печь, топор, нож, ножницы, иголку, полотенце, прялку, пояс и другие предметы. По словам этнографа, в народе считали, что голодного человека хлеб возвращает к жизни, дает силу, и якобы современная медицина из всех продуктов питания именно хлеб считает наиболее необходимым для сохранения здоровья. Ему в прошлом придавали силу оберегающую, охраняющую от всякого зла, несчастья и болезней. Всякий выходящий в дальнюю дорогу брал с собой кусочек хлеба (часто – вместе с луком или чесноком), веря в них как в оберег. Такой же сакральной силой наделяли и воду, особенно накануне Великого Четверга: считали, что если рано утром наберешь воду из родника и попьешь ее, никакая болезнь тебя не одолеет. Купая младенца, воду просили набирать не в кружку или стакан, а в ладони и таким образом обмывать ребенка. Плачущего ребенка, если считали, что его сглазили, опрыскивали водой изо рта. Народ очень требовательно относился к воде, которой обмывали покойника: до сих пор ее ни в коем случае не разрешают выливать туда, где ходят люди и домашний скот. Наступив на такое место, говорят, сразу заболеешь. Оберегающую силу народ также приписывал соли, очищающую и охраняющую – огню, печи, ножам, ножницам. Когда новорожденного первый раз

укладывали в люльку, под подушку клали что-то железное, чтобы его «шайтан не подменил». Верили в силу рябины, хвойных деревьев. Если беременная не могла разродиться, ее заставляли перешагнуть через плетёный или тканый пояс и т. д., и т. п. Таким образом, автор на примерах продемонстрировала многозначность и функциональность самых неожиданных вещей и продуктов питания материальной и духовной культуры удмуртского этноса.

В постсоветский период по народной медицине удмуртов были защищены четыре кандидатских диссертации. В 2001 г. В. В. Васильевым в г. Москве была защищена диссертация по теме «Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии» на степень кандидата медицинских наук. В 2004 г. в г. Ижевске Е. Н. Зайцева защитила диссертацию по специальности «этнография, этнология, антропология» по теме «Народная медицина удмуртов в конце XIX – первой трети XX в.», в 2005 г. в г. Уфе Н. Ю. Сунцова – по специальности «ботаника» по теме «Эколого-биологический анализ и история использования ресурсных растений, а также грибов и лишайников Удмуртии», и, наконец, в 2012 г. в г. Ульяновске по специальности «фольклористика» Т. И. Панина – по теме «Магия слова в народной медицине удмуртов». В 2014 г. материалы своей диссертации Татьяна Игоревна опубликовала в виде монографии «Слово и ритуал в народной медицине удмуртов». Автором подробно проанализированы ритуал как способ противодействия болезни, заговорно-заклинательные обряды и их основные компоненты, а также слово в контексте удмуртской этномедицины.

В опубликованной в 1994 году монографии «Религиозно-мифологическая картина мира удмуртов» профессор В. Е. Владыкин подробно рассматривает знахарство, шаманизм, ведовство у удмуртов, то есть те формы религии, которые имеют отношение к народной медицине. В частности, автор отмечает, что у удмуртов, в отличие от классической формы знахарства, отчетливо прослеживаются черты анимистических представлений о духах-виновниках болезней и о духах, помогающих лечению. В этой же работе впервые был поставлен вопрос об удмуртском шаманизме в связи с фигурой *туно* – «гадателя, ворожца», отмечается его исключительное

значение в социокультурной жизни удмуртов, обозначается его роль в лечении болезней [12].

Резюмируя сказанное выше, можно отметить еще одно обстоятельство. В советские годы, как в центре, так и в регионах выходили научно-популярные труды экологов, ботаников о фауне, флоре, в которых иногда затрагивались вопросы использования лекарственных трав в народной медицине. К таковым можно отнести коллективную работу Л. С. Макаровой, Н. П. Харитоновой, Л. А. Ходыниной, В. И. Шиянова «Лекарственные растения Удмуртии» (Ижевск: Удмуртия, 1984), ряд выпусков «Край Удмуртский», подготовленных Удмуртским республиканским советом Всероссийского общества охраны природы. Замечательнейшие работы по экологии, народной медицине удмуртов опубликованы В. В. Туганаевым – основным идеологом и инициатором подготовки и проведения данной конференции об этномедицине [14]. Одна из книг «Ядовитые растения, грибы и животные Удмуртии» под авторством В. В. Туганаева и народной целительницы Е. И. Камашевой вышла из печати в 2014 г. [15]. Интересна и другая авторская работа Е. И. Камашевой, изданная на двух языках – «*Лиза апайлэн лякиё шобретэз*. Лоскутное покрывало бабы Лизы» (Ижевск, 2012).

Необходимо назвать еще одну этнографическую работу, посвященную этнической специфике удмуртской народной пищи, автором которой является Е. Я. Трофимова. Среди специфической особенности удмуртской народной кухни, имеющей непосредственное отношение к нашей теме, автор называет достаточно позднее приобщение удмуртов к технологии приготовления пищи в виде жарки. По словам исследователя, удмурты варили, выпекали, томили продукты питания, и если вспомнить, что в процессе жарки в еде могут накапливаться канцерогены, получается, что традиционные технологии приготовления еды у удмуртов были довольно щадящими и правильными.

Народная медицинская культура – это своего рода показатель уровня жизнеспособности и приспособленности этноса к окружающей среде. У удмуртов традиционные приемы врачевания до сих пор бытуют довольно широко, в первую очередь в среде сельского населения они с успехом дополняют, а иногда и заменяют помощь профессиональных медиков, особенно там, где врачебная помощь трудно доступна.

Нужно отметить, удмуртская народная медицина сохранила свою этническую самобытность, хотя и позаимствовала немало из опыта соседних и родственных народов. Она возникла и развивалась под воздействием природной среды, климатических условий, хозяйственной деятельности и отражает все изменения в духовной и материальной культуре удмуртского этноса. Сам факт существования древнего этноса, каким являются удмурты, доказывает эффективность и архаичность его медицины.

В удмуртской этнокультуре болезнь и здоровье выступают как состояния, наполненные социальным смыслом. Как норма воспринимается хорошее здоровье, отклонением от нормы выступает болезнь. Здоровье и болезнь не сводятся только к индивидуальному состоянию организма, они определяются в зависимости от требований и ожиданий социального окружения, например, семьи или сельского сообщества, а в прошлом – общины. Если болезнь воспринимается как состояние разрыва социальных связей, то здоровье, напротив, выступает как состояние тесной связи с обществом.

Список литературы

1. **Бехтерев, В.** Вотяки. Их история и современное состояние / В. Бехтерев // Вестник Европы. – 1880. – Кн. 9. – С. 141–172.
2. **Верещагин, Г. Е.** Вотяки Сосновского края: собрание сочинений: в 6 т. / Г. Е. Верещагин. – Ижевск, 1995. – Т. 1.
3. **Богаевский, П. М.** Очерки религиозных представлений вотяков / П. М. Богаевский // Этнографическое обозрение. – 1890. – Кн. 4. – № 1. – С. 116–163.
4. **Васильев, И.** Обозрение языческих обрядов, суеверий и верований вотяков Казанской и вятской губерний / И. Васильев // Известия ОАИЭ. – Казань, 1906. – Т. 22. – Вып. 3. – С. 185–219.
5. **Верещагин, Г. Е.** Вотяки Сарапульского уезда Вятской губернии: собр. соч.: в 6 т. / Г. Е. Верещагин. – Ижевск, 1996. – Т. 2.
6. **Панина, Т. И.** Слово и ритуал в народной медицине удмуртов / Т. И. Панина. – Ижевск, 2014. – С.
7. **Сысоева, М. В.** Из истории развития здравоохранения в XVIII – первой половине XIX в. / М. В. Сысоева // Вопросы истории и культуры Удмуртии. – Ижевск, 1984.
8. **Кнелъц, В. Ф.** Народная медицина в Удмуртии / В. Ф. Кнелъц // Советское здравоохранение. – 1983. – № 9.
9. **Владыкин, В. Е.** Семейно-родовые культы в дохристианском религиозном комплексе удмуртов / В. Е. Владыкин // Вопросы этнографии Удмуртии. – Ижевск, 1976. – С. 49–68.
10. **Никитина, Г. А.** Народная медицина / Г. А. Никитина // Удмурты: историко-этнографические очерки. – Ижевск, 1993. – С. 259–264.
11. **Никитина, Г. А.** Мифологические представления в народной медицине удмуртов / Г. А. Никитина // Удмуртская мифология. – Ижевск, 2004. – С. 84–96.
12. **Владыкин, В. Е.** Религиозно-мифологическая картина мира удмуртов / В. Е. Владыкин. – Ижевск, 1994.
13. **Туганаев, В. В.** Лекарственные растения Удмуртии / В. В. Туганаев, О. Г. Баранова. – Ижевск: «Удмуртия», 1984.
14. **Туганаев, В. В.** Народные средства выживания и лечения / В. В. Туганаев. – Ижевск: «Удмуртия», 2005.
15. **Камашева, Е. И.** Ядовитые растения, грибы и животные Удмуртии / Е. И. Камашева, В. В. Туганаев. – Ижевск, 2014.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.366-003.7-036.22 (470.51)

Я. М. Вахрушев¹, Е. А. Кудрина², А. Ю. Горбунов¹

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

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела

²Кафедра поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и профилактической медицины ФПК и ПП

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Вахрушев Яков Максимович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 45-20-06; Кудрина Елена Аркадьевна — доктор медицинских наук, доцент кафедры; Горбунов Александр Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент кафедры; e-mail: gora1976@yandex.ru

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование распространенности желчнокаменной болезни в Удмуртской Республике. Показано, что распространенность ЖКБ в республике превышает показатели Российской Федерации и имеет тенденцию к увеличению.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; распространенность; Удмуртская Республика.

Ya. M. Vakhrushev¹, Ye. A. Kudrina², A.Yu. Gorbunov¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

² Department of Polyclinic Therapy with the Courses in Clinical Pharmacology and Preventive Medicine of the Faculty of Advanced Training for Doctors

EPIDEMIOLOGY OF CHOLELITHIASIS IN THE UDMURT REPUBLIC

Vakhrushev Yakov Maximovich — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Kudrina Yelena Arkadyevna — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; Gorbunov Alexandr Yuryevich — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A clinical epidemiological study of the prevalence of cholelithiasis in the Udmurt Republic has been carried out. It has been demonstrated that the prevalence of cholelithiasis in the Udmurt Republic exceeds the average indices of the Russian Federation and an upward trend has been noted.

Key words: cholelithiasis; prevalence; Udmurt Republic.

Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) в экономически развитых странах составляет от 5 до 40% [3, 7, 8]. Отдельные исследования, проведенные в России, показали, что распространенность ЖКБ колеблется в пределах от 6% и выше [1, 2, 5].

Цель работы: изучение заболеваемости населения ЖКБ на региональном уровне.

Материал и методы исследования. Ретро- и проспективное клинико-эпидемиологическое исследование распространенности и первичной заболеваемости болезнями ЖКБ проводилось среди взрослого и детского населения Удмурт-

ской Республики (УР), проживающего в 4 городах (Ижевск, Сарапул, Глазов, Воткинск) и 25 сельских районах за 15-летний период (1996–2010). Анализ проводился по данным обращаемости на основе государственной статистической учетно-отчетной документации, которые были получены в Республиканском медицинском информационно-аналитическом центре Минздрава Удмуртской Республики (РМИАЦ МЗ УР).

Для сбора информации была разработана специальная эпидемиологическая карта на бумажном носителе. Источником информации служили медицинская карта стационарного больного

(форма 003/у), медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у), журнал учета больных и отказов в госпитализации (форма 001/у).

При этом учитывались следующие нозологические формы болезней желчевыводящих путей в соответствии с МКБ-10: K80.0 – камни желчного пузыря с острым холециститом, K80.1 – камни желчного пузыря с другим холециститом, K80.2 – камни желчного пузыря без холецистита, K80.3 – камни желчного протока с холангитом, K80.4 – камни желчного протока с холециститом, K80.5 – камни желчного протока без холангита и холецистита, K80.8 – другие формы холелитиаза.

После сбора фактического материала проводился расчет заболеваемости и распространенности ЖКБ. Показатели заболеваемости рассчитывались на 100 тыс. населения.

Расчет показателя заболеваемости проводился по формуле

$$Y = n \times 10^5 / N,$$

где Y – показатель заболеваемости или распространенности (на 100 тыс. населения соответствующего возраста) за год; n – число выявленных случаев заболевания за год; N – среднегодовая численность населения исследуемой возрастной группы [4, 6].

Для выявления закономерностей распространения ЖКБ на современном этапе и выявления факторов риска проводился прогноз заболеваемости на ближайшие пять лет с использованием метода экспоненциального сглаживания, осуществляемый по формуле

$$U_{t+1} = \alpha \times y_t + (1-\alpha) \times U_t,$$

где U_{t+1} – уровень заболеваемости в прогнозируемом периоде; α – параметр сглаживания; y_t – уровень заболеваемости, предшествующий прогнозируемому показателю; U_t – уровень заболеваемости, рассчитанный как экспоненциально взвешенный средний (для периода, предшествующего прогнозируемому).

Выкопировка данных проводилась на специальные карты, с последующим сводом в статистическую форму 16-ВН. Полученный материал после распределения по алфавиту и логической проверки качества данных был подвергнут шифровке, компьютерной обработке и занесен в разработочно-аналитические таблицы. Разработка и систематизация его осуществлялась в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (ВОЗ). Методом регрессионного анализа строили тренды для выявления тенденций к изменениям показателей распространенности и заболеваемости.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что распространенность болезней ЖКБ в УР составила в среднем $1788,4 \pm 10,6$ на 100 тыс. населения. При этом показатели имели выраженную тенденцию к росту и увеличились к 2010 г. по сравнению с 1996 г. на 105,9%. Относительные темпы прироста заболеваемости ежегодно составляли от 3,5 до 13,1%, в среднем – 6,7% (рис. 1).

При оценке распространенности патологии в зависимости от места проживания установлено, что уровень заболеваемости городского населения по сравнению с проживающими в сельских районах республики за 1996–2010 гг. был выше, но статистически не значимо (в среднем $1755,4 \pm 40,6$ и $1701,5 \pm 37,1$ на 100 тыс. населения соответственно).

При этом в городах и районах республики наблюдается тенденция к росту показателя (рис. 2).

Так, в 2010 г. по сравнению с 1996 г. заболеваемость ЖКБ у городского населения увеличилась в 2,5 раза, у сельского – в 2,0 раза. Относительные темпы прироста заболеваемости ежегодно составляли от 3,1 до 13,9%, в среднем – 8,7%. Среднегодовой темп прироста составил 11,3%. Наибольший темп роста вне зависимости от места проживания наблюдался в 2007 г., составивший по сравнению с 1996 г. у жителей городов республики 153,4%, районов – 102,9%.

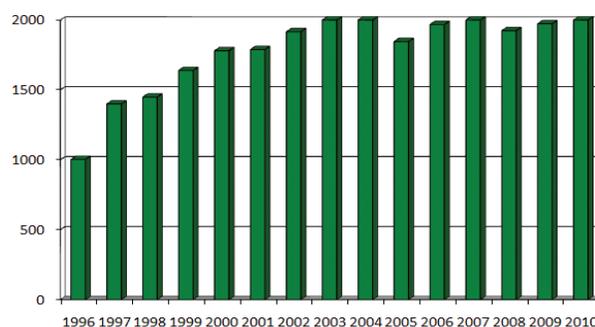


Рис. 1. Динамика заболеваемости ЖКБ в УР (на 100 тыс. населения).

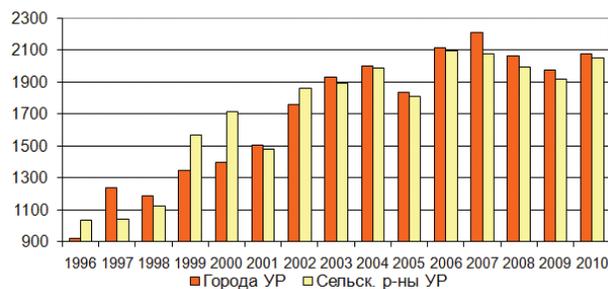


Рис. 2. Динамика заболеваемости ЖКБ в УР в зависимости от места проживания (на 100 тыс. населения).

Прогнозирование заболеваемости на ближайшие 5 лет показало дальнейший рост патологии как в городах, так и в районах Удмуртской Республики (рис. 3; 4).

Данные, представленные на рис. 3, свидетельствуют о том, что распространенность патологии у жителей городов республики в 2015 г. по сравнению с 1996 г. ориентировочно увеличится в 2,9 раза. В сельских районах уровень заболеваемости предположительно повысится в 2,3 раза (рис. 4).

В исследовании получен значительный размах в показателях заболеваемости в сельских районах республики. В этой связи, в зависимости от отклонений среднегодовых данных общей заболеваемости от среднего уровня в целом по территориям, все районы были разделены на три группы.

В первую группу вошли 7 районов (Алнашский, Воткинский, Глазовский, Граховский, Красногорский, Можгинский, Увинский), где показатели общей заболеваемости соответствовали среднему уровню по республике.

Вторую группу составили районы, в которых уровни общей заболеваемости были выше средних по республике в 1,5–2,0 раза. К их числу были отнесены 8 районов (Дебесский, Балезинский, Вавожский, Кезский, Малопургинский, Селтинский, Шарканский и Ярский). В третьей группе районов показатели общей заболеваемости были ниже среднего уровня в республике в 1,2–1,4 раза. В нее вошли 10 районов: Завьяловский, Игринский, Каракулинский, Кизнерский, Киясовский, Камбарский, Сарапульский, Сямсинский, Як-Бодьинский и Юкаменский.

Прогнозирование заболеваемости на ближайшие 5 лет подтвердило повышение распространенности патологии у взрослого населения, которая ориентировочно может увеличиться в 1,2 раза (рис. 5).

У детского населения прогнозируется положительная тенденция к уменьшению заболеваемости, а уровень патологии может снизиться к 2015 г. в 1,4 раза (рис. 6).

При сравнительной оценке распространенности ЖКБ в Удмуртской Республике и Российской Федерации за период 2000–2010 гг. установлено, что средний уровень заболеваемости в республике был статистически значимо выше, чем федеративный показатель ($2015,5 \pm 43,5$ против $1860,2 \pm 53,3$ на 100 тыс. населения). Среднегодовой темп прироста составил в УР 0,3%, в РФ – 0,2% (рис. 7).



Рис. 3. Прогноз заболеваемости ЖКБ городского взрослого населения УР до 2015 г. (на 100 тыс. населения).

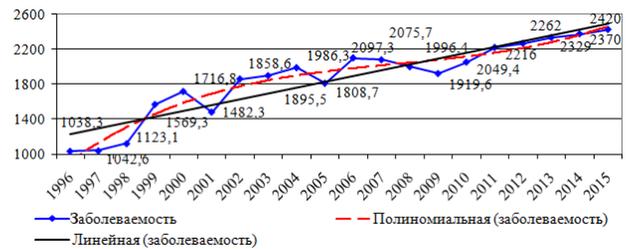


Рис. 4. Прогноз заболеваемости ЖКБ сельского взрослого населения УР до 2015 г. (на 100 тыс. населения).



Рис. 5. Прогноз заболеваемости ЖКБ взрослого населения УР до 2015 г. (на 100 тыс. соответствующего возраста).



Рис. 6. Прогноз заболеваемости ЖКБ детского населения УР до 2015 г. (на 100 тыс. соответствующего возраста).

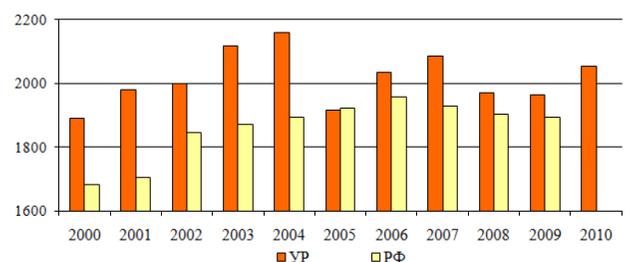


Рис. 7. Динамика заболеваемости ЖКБ в УР и РФ (на 100 тыс. населения).

Прогнозирование заболеваемости на ближайшие пять лет показало дальнейшее ее увеличение как в УР, так и в РФ (рис. 8; 9).



Рис. 8. Прогноз заболеваемости болезнями ЖКБ в УР до 2015 г. (на 100 тыс. населения).

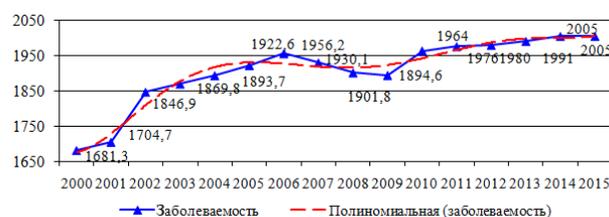


Рис. 9. Прогноз заболеваемости ЖКБ в РФ до 2015 г. (на 100 тыс. населения).

Эти данные свидетельствуют, что уровень патологии в Российской Федерации будет расти более быстрыми темпами, чем в Удмуртской Республике и может повыситься к 2015 г. в 1,2 раза.

Вывод. Проведенное исследование показало, что распространенность ЖКБ в Удмуртской Республике остается высокой, превышает федеративные показатели и имеет тенденцию к увеличению. Отмеченные различия в показателях

заболеваемости ЖКБ в районах, возможно, обусловлены неодинаковой обеспеченностью врачами и диагностическим оборудованием в медицинских организациях. Для повышения качества медицинской помощи следует обратить внимание на улучшение анализа заболеваемости и оптимизацию единого статистического учета.

Список литературы

1. Елисеенко, А. В. Желчнокаменная болезнь и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование) / А. В. Елисеенко, Н. А. Куделькина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: материалы Восьмой Российской гастроэнтерологической недели. – Москва, 18–21 ноября 2002 г. – 2002. – № 5. – 366 с.
2. Лемешко, З. А. Частота желчнокаменной болезни у лиц, занятых умственным и творческим трудом / З. А. Лемешко, Т. П. Турок, Н. В. Аванесова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: материалы Восьмой Российской гастроэнтерологической недели. – Москва, 18–21 ноября 2002 г. – 2002. – № 5. – 378 с.
3. Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 264 с.
4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учеб. пособие / под ред. член-корр. РАМН, проф. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 192 с.
5. Рыжкова, О. В. Клинико-патогенетические особенности, распространенность и лечение желчнокаменной болезни у работников нефтяной промышленности Татарстана с позиции системного подхода: дис. ... д-ра мед. наук / О. В. Рыжкова. – Казань, 2007. – 224 с.
6. Статистическая оценка достоверности результатов научных исследований: учебное пособие / Л. Ф. Молчанова [и др.]. – Ижевск, 2004. – 96 с.
7. Aerts, R. The burden of gallstone disease in Europe / R. Aerts R, F. Penninckz // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 18 (suppl. 3). – P. 49–53.
8. Berr, F. Pathogenese von gallenblasensteinen / F. Berr, G. Paumgarthner // Verdaungskheiten. – 1994. – Vol. 12. – P. 2–19.

УДК 616.831-005-06:616.33.34:615.281

А. Е. Шкляев¹, Е. М. Вахрушева¹, Н. В. Комиссарова^{1,2}, Н. Е. Любимова², И. В. Курятникова², Ф. В. Сафиуллина²

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

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

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шкляев Алексей Евгеньевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-3412-66-38-89, E-mail: shklyaevaleksey@gmail.com; Вахрушева Екатерина Михайловна — клинический интерн; Комиссарова Наталья Валерьевна — руководитель сосудистого регионального центра кандидат медицинских наук, доцент; Любимова Наталья Евгеньевна — заведующий неврологическим отделением; Курятникова Ирина Владимировна — заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии; Сафиуллина Флюза Витальевна — старший лаборант бактериологической лаборатории

Проведено сплошное исследование пациентов, находившихся на лечении в Региональном сосудистом центре (РСЦ) БУЗ Первая РКБ МЗ УР в 2013 году, выявлено 42 больных с антибиотикоассоциированной диареей, в том числе 19 (45,2%) — с псевдомембранозным колитом, показана важность своевременной диагностики и адекватной терапии данной патологии.

Ключевые слова: антибиотикоассоциированная диарея; псевдомембранозный колит.

A.Ye. Shklyayev¹, Ye. M. Vakhrusheva¹, N. V. Komissarova^{1,2}, N.Ye. Lyubimova², I. V. Kuryatnikova², F. V. Safiullina²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy with Courses of Endocrinology and Hematology

Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics

²Republic Clinical Hospital No.1, Udmurt Republic

GASRTOENTEROLOGIC COMPLICATIONS OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISTURBANCE

Shklyayev Alexey Yevgenyevich – Associate Professor Doctor of Medical Sciences; Vakhrusheva Yekaterina Mikhailovna – Intern; Komissarova Natalya Valeryevna – Head of Regional Vascular Centre Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Lyubimova Natalya Yevgenyevna – Head of Neurology Department; Kuryatnikova Iri na Vladimirovna – Head of the Department of Resuscitation and Intensive Care; Safiullina Fluza Vitalyevna – Senior Laboratory Assistant of Bacteriological Laboratory

We conducted a continuous study of patients treated at the Regional Vascular Center of the Republic Clinical Hospital No.1 in 2013. 42 patients with antibiotic-associated diarrhea were identified, including 19 (45.2%) with pseudomembranous colitis. The study showed the importance of timely diagnosis and adequate treatment of this pathology.

Key words: antibiotic-associated diarrhea; pseudomembranous colitis.

Современная медицина немыслима без применения различных антибактериальных средств [4]. Один из наиболее частых нежелательных эффектов антибиотикотерапии, который чаще развивается у ослабленных больных, – поражение кишечника. Под антибиотикоассоциированной диареей (ААД) понимают не менее трех эпизодов неоформленного стула в течение двух и более последовательных дней на фоне приема антибактериальных препаратов и до двух недель после ее отмены [1, 3].

Вариантом тяжелого течения ААД является псевдомембранозный колит (ПМК), несвоевременное лечение которого может привести к потенциально летальным осложнениям: токсическому мегаколону, перфорации толстой кишки, кишечному кровотечению, перитониту, сепсису. Описаны случаи фульминантного течения ПМК с развитием некорректируемого обезвоживания и летальным исходом в течение нескольких часов [1, 2].

Цель исследования: уточнить частоту и клинические особенности ААД у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведено сплошное исследование на базе Регионального сосудистого центра БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» в 2013 году. Стационарное лечение в данный период проходил 981 пациент. У 42 человек

на фоне приема антибиотиков возникла диарея. Среди них были 21 мужчина и 21 женщина в возрасте от 36 до 86 лет (средний возраст 63,5±12,4 года). Поводом для их госпитализации стали ОНМК по ишемическому (24 человека) и геморрагическому (18 человек) типам. Структура сопутствующей патологии распределилась следующим образом: гипертоническая болезнь – 41 человек, ИБС – 20, сахарный диабет 2 типа – 15, постоянная форма фибрилляции предсердий – 7.

Антибактериальная терапия в обследованной группе была назначена при госпитальной пневмонии (27 пациентов), обострении хронического бронхита (8), инфекции почек и мочевыводящих путей (7).

Бактерии *Clostridium difficile* выявляли иммунохроматографическим методом с помощью двойного экспресс-теста для качественного выявления токсинов А и В в кале (*DUO TOXIN A+B CHECK-1*). В зависимости от лабораторного подтверждения наличия *Clostridium difficile* пациенты были поделены на 2 группы. Группа наблюдения – пациенты с лабораторно подтвержденным ПМК (положительный тест на токсины *Clostridium difficile* в кале) – 19 человек (45,2%). Группа сравнения – пациенты с идиопатической антибиотикоассоциированной диареей (ИААД) (отрицательный тест на токсины *Clostridium difficile* в кале) – 23 человека (54,8%).

Результаты работы и их обсуждение. Название препаратов и сроки возникновения ААД приведены в табл. 1.

Большинство обследованных принимали комбинации из нескольких антибактериальных препаратов (как в виде одновременного приема, так и последовательного). Лидерами по частоте приема оказались следующие антибиотики: цефоперазон-сульбактам, амикацин, меропенем, цефтриаксон, цефтаксим. Монотерапию одним антибактериальным препаратом получали 11 человек (26,2%), остальные 31 (73,8%) – комбинированную терапию. Самой частой комбинацией оказалось сочетание амикацина с цефотаксимом (с последующим назначением цефоперазон-сульбактама). Сроки возникновения ААД не зависели от дозы антибактериального препарата.

Диарея возникала как на фоне приема препаратов, так и после их отмены. Учитывая сроки возникновения ААД по определению, как возникновение эпизодов неоформленного стула в течение двух и более последовательных дней на фоне приема антибактериальных препаратов и до двух недель после ее отмены, все использованные антибиотики укладываются в сроки ее возникновения, кроме ампициллина и амоксиклава. Эти антибиотики использовались только в комбинации с другими антибактериальными препаратами и, возможно, в данных сочетаниях не играли первичной роли в возникновении ААД.

Клиническая картина ААД проявлялась более выраженной симптоматикой в группе пациентов с псевдомембранозным колитом (табл. 2).

Таблица 1. Антибиотикотерапия и сроки развития ААД у пациентов

| № | Антибиотик | Количество случаев ААД | | | Сроки появления диареи, дни | |
|-----|------------------------|------------------------|------|--------|-----------------------------|--------------|
| | | ПМК | ИААД | Всего | На фоне приема | После отмены |
| 1. | Цефоперазон-сульбактам | 2/5 | 1/14 | 3/19 | 10,6±4,74 | 11,6±2,48 |
| 2. | Амикацин | 1/5 | 3/13 | 4/18 | 9,16±3,13 | 9,46±3,15 |
| 3. | Меропенем | 2/5 | 0/10 | 2/15 | 8,75±4,7 | 6,8±2,1 |
| 4. | Цефтриаксон | 1/3 | 0/8 | 1/11 | 6,5±2,34 | 14,0±7,6 |
| 5. | Цефотаксим | 1/5 | 0/3 | 1/8 | 16,6±13,7 | 10,7±3,51 |
| 6. | Тациллин | 0/1 | 0/6 | 0/7 | 10,25±3,7 | – |
| 7. | Ципрофлоксацин | 0/3 | 0/3 | 0/6 | 8,7±3,9 | 13,7±8,0 |
| 8. | Левифлоксацин | 0/1 | 0/1 | 0/2 | 3,0±0,0 | – |
| 9. | Имипенем | 0/3 | 0/3 | 0/6 | – | 13,4±7,84 |
| 10. | Цефепим | 0/0 | 0/2 | 0/2 | – | 14,0±6,9 |
| 11. | Флуконазол | 0/0 | 0/3 | 0/3 | 8,7±0,8 | – |
| 12. | Ампициллин | 0/0 | 0/1 | 0/1 | – | 18,0 |
| 13. | Амоксициллин-клавулат | 0/1 | 0/0 | 0/1 | – | 34,0 |
| 14. | Норфлоксацин | 0/1 | 0/0 | 0/1 | 3,0 | – |
| 15. | <i>Итого</i> | 7/33 | 4/67 | 11/100 | – | – |

Примечание: в числителе – монотерапия данным препаратом, в знаменателе – в составе комбинированной антибактериальной терапии.

Таблица 2. Клиническая картина ААД у пациентов, %

| Симптом | Группы пациентов | | |
|-----------------------------|------------------|---------------|----------------|
| | ПМК (n = 19) | ИААД (n = 23) | Всего (n = 42) |
| Диарея | 19 (100) | 23 (100) | 42 (100) |
| Боль в животе | 8 (42,8) | 7 (30,4) | 15 (35,7) |
| Метеоризм | 3 (15,8) | 3 (13,0) | 6 (14,3) |
| Урчание в животе | 1 (5,3) | 4 (17,4) | 5 (11,9) |
| Общая слабость | 19 (100) | 23 (100) | 42 (100) |
| Повышение температуры | 5 (26,3) | 4 (17,4) | 9 (21,4) |
| Адинамия | 19 (100) | 16 (69,6) | 35 (83,3) |
| Болезненность при пальпации | 13 (68,4) | 7 (30,4) | 20 (47,6) |
| Вздутие при пальпации | 6 (31,6) | 4 (17,4) | 10 (23,8) |

Частота диареи в разгар болезни у пациентов с ПМК и ИААД была сопоставима (табл. 3).

Изменения гематологических и биохимических показателей были однотипны в обеих группах (табл. 4). Следует отметить наличие гипопроотеинемии за счет гипоальбуминемии, тенденцию к увеличению трансаминаз в процессе лечения и меньшую динамику лейкоцито-за у пациентов с ПМК в сравнении с больными с ИААД.

При оценке общего анализа кала в группе пациентов с ПМК выявлены более выраженные как макроскопические (жидкий), так и микроскопические изменения (лейкоциты, слизь), нежели в группе больных с ИААД.

Все больные с ААД получали этиотропное (ванкомицин, метронидазол внутрь в стандартных дозах) и патогенетическое (дезинтоксикационная терапия, пробиотики, ферменты, сорбенты) лечение. На фоне данной терапии у всех 42 пациентов (100%) исчезли клинические симптомы заболевания. Прекращение диареи наблюдалось чаще на 3–4-й день лечения. На 1–2-й день терапии – у 6 человек (14,3%), на 3–4-й – у 16 (38,1%), на 5–6-й – у 8 (19,0%), на 7–8-й – у 5 (11,9%), на 9–10-й – у 6 (14,3%), на 13–14-й день – у 1 (2,4%). В группе больных с ПМК длительность диареи варьировала от 2 до 16 дней (в среднем $6,08 \pm 4,68$), с ИААД – от 1 до 10 дней (в среднем $4,2 \pm 2,65$).

Таблица 3. Частота диареи в разгар болезни у пациентов

| Частота в сутки, раз | ПМК (n = 19) | | ИААД (n = 23) | | Всего (n = 42) | |
|----------------------|--------------|------|---------------|------|----------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 3–4 | 8 | 42,1 | 9 | 39,1 | 17 | 40,5 |
| 5–6 | 7 | 36,8 | 10 | 43,5 | 17 | 40,5 |
| 7–8 | 4 | 21,1 | 2 | 8,7 | 6 | 14,3 |
| 9–10 | 0 | 0 | 2 | 8,7 | 2 | 4,7 |

Таблица 4. Гематологические и биохимические показатели ПМК и ИААД, М±m

| Показатель | ПМК (n = 19) | | ИААД (n = 23) | |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$ | 10,77±1,49 | 9,83±2,22 | 12,24±1,70 | 8,39±3,56 |
| СОЭ, мм/ч | 29,86±5,26 | 27,0±5,7 | 28,45±8,06 | 37,72±5,77 |
| Калий, ммоль/л | 3,86±0,20 | 3,7±0,12 | 3,89±0,16 | 3,96±0,22 |
| Общий белок, г/л | 59,44±6,39 | 63,85±5,34 | 69,5±3,32 | 67,2±3,40 |
| Альбумины, г/л | 39,58±1,65 | 29,25±1,62 | 37,84±2,24 | 36,37±1,97 |
| Мочевина, ммоль/л | 4,78±0,62 | 6,06±1,26 | 6,17±1,05 | 5,02±0,76 |
| Фибриноген | 4,16±0,64 | 4,49±1,62 | 3,87±0,29 | 5,87±0,87 |
| АСТ, ЕД/л | 25,96±4,96 | 35,17±17,6 | 33,47±8,43 | 29,18±11,03 |
| АЛТ, ЕД/л | 32,29±11,11 | 37,27±16,49 | 26,68±7,85 | 23,28±4,19 |
| Креатинин, мкмоль/л | 94,57±10,18 | 86,09±8,11 | 96,75±10,06 | 83,2±10,08 |

Вывод. 1. Наиболее частыми показаниями для антибактериальной терапии у больных с ОНМК являются госпитальная пневмония, обострение хронического бронхита, инфекции почек и мочевыводящих путей. 2. На долю псевдомембранозного колита, вызванного *Clostridium difficile*, приходится до 45,2% случаев антибиотикоассоциированной диареи. 3. Своевременная диагностика и адекватная терапия антибиотикоассоциированной диареи у больных с ОНМК позволяют избежать потенциальных осложнений данной патологии.

Список литературы

1. Захарова, С.М. Антибиотикоассоциированная диарея: патогенез, лечение / С.М. Захарова // Врач. – 2013. – № 1. – С. 35–40.
2. Костюкович, О.И. Антибиотикоассоциированная диарея – мифы и реальность / О.И. Костюкович // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 7. – С. 15–20.
3. Лузина, Е.В. Антибиотикоассоциированная диарея / Е.В. Лузина // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 122–124.
4. Шульпекова, Ю.О. Антибиотикоассоциированная диарея / Ю.О. Шульпекова // Русский медицинский журнал. – 2007. – Том 15. – № 6. – С. 1–6.

УДК 618.3: 616.12-008.3

А. Б. Сухарев

ГОУ ВПО «Сумский государственный университет», Украина

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД» У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Сухарев Анатолий Борисович — кандидат медицинских наук, доцент; г. Сумы, ул. Заливная, 7 кв. 30., тел.+380951197475, E-mail: sukharev1960@yandex.ru

Проведено изучение гемодинамических особенностей в системе «мать-плацента-плод», функционального состояния плода у беременных женщин с экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией.

Ключевые слова: беременные; пароксизмальная тахикардия; экстрасистолия; биофизический профиль плода; кардиотокография.

A. B. Sukharev

Sumy State University, Ukraine

HEMODYNAMIC FEATURES IN THE «MOTHER-PLACENTA-FETUS» SYSTEM IN PREGNANT WOMEN WITH ECTOPIC BEATS AND PAROXYSMAL TACHYCARDIA

Sukharev Anatoliy Borisovich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

The aim of this study was to investigate the hemodynamic features in the «mother-placenta-fetus» system and the functional state of the fetus in pregnant women with ectopic beats and paroxysmal tachycardia.

Key words: pregnant women; paroxysmal tachycardia; ectopic beats; fetal biophysical profile; cardiotocography.

Нарушения сердечного ритма представляют серьезную медицинскую проблему у 3,7% беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [7]. Значительно увеличивается частота осложнений беременности (гестозы, угрозы прерывания беременности, невынашивания, плацентарная недостаточность плода), родов (нарушения сократительной деятельности матки, кровотечения) и перинатальной патологии [2]. Частая экстрасистолия способствует уменьшению сердечного выброса или коронарного кровотока, что может привести к обмороку или приступу стенокардии. Короткий приступ пароксизмальной тахикардии почти не отражается на состоянии гемодинамики. Если приступ затягивается, то снижается сердечный выброс на 30–65%, понижается артериальное давление и уменьшаются коронарный кровоток на 35%, почечный – на 20%, мозговой – на 25% [4].

В то же время в доступной литературе мало сведений о состоянии маточно-плацентарного кровообращения, внутриутробном состоянии плода у беременных, страдающих данными аритмиями [6].

Цель исследования: изучение особенностей гемодинамики в системе «мать-плацента-плод», функционального состояния плода у беременных с экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией.

Материал и методы исследования. Обследовано 67 женщин в возрасте 17–35 лет, на-

ходившихся в отделении экстрагенитальной патологии беременных. Все они были госпитализированы в сроке беременности 38–41 неделя для обследования и выбора метода родоразрешения. Во время настоящей беременности женщин неоднократно консультировал амбулаторно врач-кардиолог, 17 человек были госпитализированы на обследование во второй половине беременности в отделение экстрагенитальной патологии беременности.

С целью уточнения диагноза все беременные за время пребывания в стационаре прошли обследование (ЭКГ, ЭхоКГ), получили консультацию кардиолога.

У 19 (1-я группа) беременных женщин установлен диагноз пароксизмальной тахикардии, у 18 женщин – наличие экстрасистолий (2-я группа). Группу контроля составили 30 женщин, не страдающих сердечно-сосудистой патологией.

Кардиотокографию плода проводили на фетальных мониторах *FETALGARD LITE*, *SONIC-AID TEAMCARE*. Эхографическое исследование плода, плаценты, доплерометрию фетоплацентарного комплекса осуществляли при помощи ультразвуковых сканеров *ESAOTE Mylab30 SonoScapeSSI-1000* [1, 3].

Результаты исследований обработаны с применением пакета прикладных программ *STATISTICA* [5].

Результаты работы и их обсуждение. Расшифровка данных кардиотокографии показала, что частота базального ритма во всех группах находилась в пределах нормы. Обращает на себя внимание то, что частота акцелераций у беременных с нарушениями ритма сердца была меньше, чем у беременных контрольной группы. В большей степени это выражено у беременных с пароксизмальной тахикардией. Децелерации встречались чаще у женщин 1 и 2-й групп, чем у беременных контрольной группы.

Бальная оценка кардиотокограмм показала, что оценка сердечной деятельности плода у беременных с пароксизмальной тахикардией составила $7,4 \pm 0,3$ балла, экстрасистолией – $7,7 \pm 0,3$ балла. В контрольной группе этот показатель составил $8,7 \pm 0,5$ балла.

Частота гемодинамических нарушений в системе «мать-плацента-плод» представлена в таблице.

При доплерометрическом исследовании в системе «мать-плацента-плод» было установлено, что показатели индекса резистентности и систоло-диастолического отношения в артериях пуповины в группе беременных с пароксизмальной тахикардией были выше, чем у женщин других групп. Исследуемые показатели у беременных с экстрасистолией достоверно не отличались от показателей здоровых беременных.

Особенности гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» у обследуемых

| Показатель | Группы наблюдения | | |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | Группа 1 | Группа 2 | Группа контроля |
| Кровоток в артериях пуповины: | | | |
| Индекс резистентности | $0,65 \pm 0,01^*$ | $0,61 \pm 0,01$ | $0,58 \pm 0,01^*$ |
| Систоло-диастолическое отношение | $2,83 \pm 0,07^*$ | $2,56 \pm 0,06$ | $2,45 \pm 0,04^*$ |
| Кровоток в правой маточной артерии: | | | |
| Индекс резистентности | $0,50 \pm 0,02$ | $0,45 \pm 0,02$ | $0,45 \pm 0,01$ |
| Систоло-диастолическое отношение | $1,97 \pm 0,16^*$ | $1,81 \pm 0,11$ | $1,74 \pm 0,08^*$ |
| Кровоток в левой маточной артерии: | | | |
| Индекс резистентности | $0,48 \pm 0,02$ | $0,43 \pm 0,02$ | $0,42 \pm 0,02$ |
| Систоло-диастолическое отношение | $1,90 \pm 0,07^*$ | $1,78 \pm 0,07$ | $1,71 \pm 0,05^*$ |

Примечание: $*p \leq 0,05$

Индекс резистентности в маточных артериях достоверно не отличался у беременных исследуемых групп. Систо-диастолическое отношение у женщин 1-й группы было выше как в правой, так и в левой маточных артериях.

Полученные данные свидетельствуют о ряде особенностей гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» у женщин с нарушениями ритма сердца. Нарушения кровотока в артериях пуповины и в маточных артериях были более выражены у беременных с пароксизмальной тахикардией.

При изучении параметров биофизического профиля плода обнаружено, что во всех группах преобладали нормальные показатели фетометрии. Нарушения сердечной деятельности плода наблюдались в 57,9% случаев у женщин 1-й группы, у 66,6% беременных 2-й группы и не встречались у обследуемых контрольной группы. Наиболее частой формой нарушения была тахикардия (26,3 и 22,2% соответственно).

Нормальные движения плода одинаково часто встречались во всех группах. В то же время необходимо отметить достоверное увеличение количества движений плода (26,3 и 27,6% соответственно) у женщин с нарушением ритма сердца. У женщин 1 и 2-й групп чаще, чем в группе контроля отмечалась повышенная двигательная активность плода (36,8 и 27,8% соответственно). Нормальный тонус плодов преобладал у беременных во 2-й группе и группе контроля. Необходимо отметить достоверное снижение этого показателя у женщин 1-й группы по сравнению с группой контроля. Структура плаценты в подавляющем количестве случаев была нормальной у беременных во всех группах. Характер околоплодных вод у обследованных беременных существенно не отличался.

Таким образом, у беременных с нарушениями ритма сердца в виде экстрасистолий гемодинамика в системе «мать-плацента-плод», показатели биофизического профиля плода существенно не отличались от здоровых беременных.

Вывод. У женщин с пароксизмальной тахикардией имеют место определенные нарушения кровообращения в маточных артериях, артериях пуповины, которые не сказываются на состоянии плода.

Список литературы

1. **Воскресенский, С.Л.** Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие / С.Л. Воскресенский. – МН.: Книжный дом, 2004. – 304 с.
2. **Клещеногов, С.А.** Прогнозирование осложнений беременности на основе изучения variability ритма сердца / С.А. Клещеногов // Бюллетень СО РАМН. – № 3 (121). – 2006. – С. 52–59.
3. **Никитина, Ю.М.** Ультразвуковая доплеровская диагностика в клинике / Ю.М. Никитина, А.И. Труханова. – Иваново: Изд-во МИК, 2004. – 496 с.
4. **Медведь, В.И.** Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных / В.И. Медведь. – К.: Гидромакс, 2007. – 168 с.
5. **Реброва, О.Ю.** Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 312 с.
6. **Стрюк, Р.И.** Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность / Р.И. Стрюк. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 300 с.
7. **Шехман, М.М.** Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехман. – М.: Триада – Х, 2005. – 816 с.

УДК 616-001-083.2

С. В. Пономарев^{1,2}, Э. П. Сорокин^{1,2}, А. Я. Мальчиков^{1,2}, Е. В. Шилыева¹, О. С. Калужских³

¹БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

³БУЗ УР «Глазовская городская больница № 1 МЗ УР», Удмуртская Республика

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ

Пономарев Сергей Вячеславович – врач анестезиолог-реаниматолог, аспирант кафедры; 426000 г. Ижевск, ул. Пушкинская, 130-191, тел. 8-922-685-81-13, sp1975@bk.ru; **Сорокин Эдуард Павлович** – врач анестезиолог-реаниматолог, доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Мальчиков Аркадий Яковлевич** – главный врач заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Шилыева Елена Викторовна** – врач анестезиолог-реаниматолог; **Калужских Ольга Сергеевна** – врач анестезиолог-реаниматолог

Патологические процессы, развивающиеся в ходе травматической болезни, разнообразны и требуют дифференцированного подхода к лечению. Одним из методов современного лечения является ранняя нутриционная поддержка. Ее роль отражена в результатах работы.

Ключевые слова: травма; нутриционная поддержка; раннее питание.

S.V. Ponomarev^{1,2}, E.P. Sorokin^{1,2}, A.Ya. Malchikov^{1,2}, Ye.V. Shilyaeva¹, O.S. Kaluzhskikh³

¹Municipal Clinical Hospital No. 9, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

³Glazov Municipal Hospital No.1, Udmurt Republic

EFFECTIVENESS OF EARLY NUTRITIONAL SUPPORT OF PATIENTS WITH TRAUMAS

Ponomarev Sergey Vyacheslavovich – Anesthesiologist and Resuscitation Specialist, Postgraduate; **Sorokin Eduard Pavlovich** – Anesthesiologist and Resuscitation Specialist, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Malchikov Arkady Yakovlevich** – Head Doctor Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; **Shilyaeva Yelena Viktorovna** – Anesthesiologist and Resuscitation Specialist; **Kaluzhskikh Olga Sergeevna** – Anesthesiologist and Resuscitation Specialist

Traumas are an important problem of today, as they contribute significantly to disability and mortality structure. Pathologic processes developing in the course of wound dystrophy are various and a differentiated approach to their treatment is required. A method of up-to-date treatment is early nutritional support. The results of the present study reflect the role of this support.

Key words: trauma; nutritional support; early nutrition.

В последние десятилетия наблюдается значительный рост числа торакоабдоминальных травм, которые представляют большую опасность для жизни пациента и нередко имеют летальный исход [1, 2, 3, 4, 6]. Находясь на лечении в отделении реанимации и имея клинические проявления органной недостаточности, пациенты формируют такую группу, где наиболее часто предпринимаются попытки использовать методы нутриционной коррекции расстройств белкового и энергетического обмена – энтеральное и парентеральное питание

[5, 7]. Своевременное и адекватное энтеральное и парентеральное питание способствует уменьшению частоты госпитальной инфекции, длительности системного воспалительного ответа, сроков искусственной вентиляции легких (ИВЛ), расхода препаратов и компонентов крови, длительности пребывания в отделении реанимации [8, 9, 10].

Цель исследования: выявить положительные эффекты нутриционной поддержки при лечении пациентов с торакоабдоминальными травмами в условиях отделения реанимации.

Материал и методы. Результаты исследования были получены в ходе ретроспективного анализа 99 медицинских карт стационарных больных, пролеченных в отделении реанимации БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР» в 2006, 2011, 2012 годах по поводу сочетанных травм. Средний возраст пациентов составил $35,1 \pm 10,2$ года. Большинство пациентов были мужского пола – 75 (76%) человек. Находились в состоянии алкогольного опьянения на момент госпитализации 72 (72,7%) пациента. В исследование были включены пациенты, находившиеся на лечении в отделении реанимации более 2 часов. При проведении исследования были соблюдены основные принципы биомедицинской этики. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ *Excel 7.0*.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что частота применения парентерального и энтерального питания в условиях отделения реанимации значительно увеличилась. Так, в 2006 году лишь 5 (31%) пациентов получили нутриционную поддержку, в 2011 году таких пациентов было 22 (75%), а в 2012 году – 26 (93%). Кроме того, увеличилась и калорийность питания пациентов. В 2006 году она составила в среднем 534 ккал, в 2011–791 ккал, в 2012–1030 ккал.

При оценке динамики гемоглобина было выявлено, что увеличение среднего значения данного показателя происходило раньше (на 5-е сутки в 2012 году и на 10-е – в 2006 году) и было более выраженным (в среднем увеличился на 2,7 г/л в сутки в 2006 году и на 5,2 г/л – в 2012 году) у той группы пациентов, которой нутриционная поддержка применялась активнее (2012 год). Аналогичные результаты были получены и при рассмотрении показателей общего белка и альбумина. Так, увеличение общего белка в среднем происходило на 3-е сутки в 2012 и 5-е сутки в 2006 году, альбумина – на 7-е сутки в 2012 и 10-е – в 2006 году. Более выраженный прирост обоих показателей также был отмечен в 2012 году по сравнению с 2006 годом (общий белок увеличился на 5,4 и + 3,8 г/л и альбумин увеличился на 2,6 и 1,1 г/л в среднем в сутки в 2012 и 2006 годах соответственно).

При сравнении длительности ИВЛ у пациентов с сочетанными травмами было выявлено, что среднее число часов ИВЛ в 2006 году, когда нутриционная поддержка использовалась крайне редко, составило 28,1, а в 2012 году – 23,3 часа.

Еще один важный показатель – количество инфекционных осложнений, которые во мно-

гом определяют тяжесть течения травматической болезни. Сепсис был диагностирован у 2 (4%) пациентов в 2006 году и у 1 (3%) пациента в 2012 году. Число пострадавших с сочетанными травмами, перенесших в посттравматическом периоде пневмонию, было существенно выше в 2006 году по сравнению с 2012 (12 (29%) и 2 (8%) пациента соответственно).

Вывод. 1. Частота использования нутриционной поддержки и калорийность питания в отделении реанимации увеличились в период с 2006 по 2012 год. 2. Применение нутриционной поддержки пациентов с сочетанными травмами в отделении реанимации и ее достаточная калорийность способствуют более раннему и выраженному приросту таких показателей, как гемоглобин, общий белок, альбумин; способствуют уменьшению длительности ИВЛ. 3. Наблюдается снижение количества инфекционных осложнений (сепсис, пневмония) в динамике травматической болезни при использовании нутриционной поддержки.

Список литературы

1. **Королев, В.М.** Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы / В.М. Королев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 124–128.
2. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / под ред. Е.К. Гуманенко, В.К. Козлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.
3. Энтеральное и парентеральное питание: национальное руководство / под ред. А. И. Салтанова, Т.С. Поповой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 814 с.
4. Социальный портрет пострадавших с сочетанной травмой / Э.П. Сорокин [и др.] // Политравма. – 2014. – № 1. – С. 23–28.
5. Руководство по клиническому питанию / под ред. В.М. Луфта, С.Ф. Багненко. – Изд. 2-е, доп. – СПб.: Арт-Экспресс, 2013. – 460 с., с илл.
6. **Лейдерман, И.Н.** Нутритивная поддержка в отделении реанимации и интенсивной терапии / И.Н. Лейдерман, А.В. Николенко, О.Г. Сивков // Стандартные алгоритмы и протоколы: учебно-методическое пособие для врачей, клинических ординаторов, врачей интернов. – М., 2010. – 36 с.
7. **Лейдерман, И.Н.** Жировые эмульсии для парентерального питания в хирургии и интенсивной терапии / И.Н. Лейдерман, А.О. Гирш, М.А. Евсеев // СПб.: ПремиумПрес, 2013. – 148 с, ил.
8. **Murray, C.J.** Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study / C.J. Murray, A.D. Lopez // Lancet 1997, 349:1498–1504.
9. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2012 году и задачах на 2013 год: доклад итоговой коллегии Министерства здравоохранения [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/11/01/publichnaya-deklaratsiya-tseley-i-zadach-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-2013-god.-06.03.2014>
10. *ESPEN* guidelines on enteral nutrition: intensive care / K. G. Kreymann [et al.] // Clin. Nutr. – 2006. – 25. – P. 210–223.

УДК 616.53-002: 615.31: 546.47

Р. Н. Загртдинова¹, Н. В. Ляшенко¹, Л. П. Арзикеева²

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

²БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», Удмуртская Республика

ПРЕПАРАТЫ ЦИНКА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

Загртдинова Ризилия Нуровна — ассистент кафедры; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, д. 77, 8 (3413)66-34-33, kafedra.derma@yandex.ru; Ляшенко Наталья Владимировна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Арзикеева Людмила Петровна — врач-дерматовенеролог

Цинк хорошо представлен практически во всех тканях человеческого организма. Системная терапия препаратами сульфата цинка дает хороший клинический эффект при тяжелых формах акне. Наше исследование направлено на изучение эффективности препаратов цинка в комплексной терапии данного дерматоза.

Ключевые слова: акне; комплексная терапия; цинк.

R. N. Zagrtdinova¹, N. V. Lyashenko¹, L. P. Arzikeyeva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatology and Venereology

²Republic Dermatovenereologic Clinic, Udmurt Republic

ZINC PREPARATIONS IN COMPLEX THERAPY OF ACNE

Zagrtdinova Rizilya Nurovna — Lecturer; Lyashenko Natalya Vladimirovna — Candidate of Medical Sciences, Lecturer; Arzikeyeva Lyudmila Petrovna — Dermatovenereologist

Zinc is well represented in almost all tissues of the human body. Systemic therapy with zinc sulfate produces a good clinical effect in severe acne. Our research is aimed at studying the efficacy of zinc preparations in complex therapy of this dermatosis.

Key words: acne; complex therapy; zinc.

Цинк относится к категории тяжелых металлов, является элементом побочной подгруппы второй группы, четвертого периода периодической системы химических элементов Д. И. Менделеева, с атомным номером 30 [1].

Цинк хорошо представлен практически во всех тканях человеческого организма: в среднем в теле взрослого человека содержится 2–3 г цинка, преимущественно в связанном с белками состоянии [2]. Данный микроэлемент принимает активное участие во многих процессах, происходящих в организме в целом и в коже в частности. Исключительную роль в физиологии кожи человека играют цинксодержащие матриксные металлопротеиназы (ММП) — ферменты коллагеназа (ММП-1), эластаза (ММП-12), желатиназа (ММП-2) и другие, способные гидролизировать практически все белки внеклеточного матрикса и обуславливающие структурную организацию и регенерацию дермы и эпидермиса [3]. Среди микроэлементов цинк занимает второе место по своей массовой доле в организме человека [4]. Рекомендуемая дневная норма потребления цинка для взрослого человека составляет 8–15 мг [5, 6]. Однако исследования А. С. Башкова и соавт. показали низкообеспеченность цинком пахотных почв Удмуртской Республики (93% от об-

щей площади), что влечет за собой недостаточное содержание микроэлемента в возделываемых культурах и продуктах сельского хозяйства данной территории, следовательно цинка с пищей поступает недостаточно.

На сегодняшний день существуют как системные так и местные препараты цинка для коррекции цинк-дефицитных состояний и лечения цинк-опосредованных заболеваний. Это препараты сульфата и глюконата цинка для перорального приема и наружные препараты цинка оксида, сульфата, ацетата, октоата и т. д.

Описанные препараты нашли широкое применение в терапии различных дерматозов и акне в частности.

Акне — хроническое генетически обусловленное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов с преимущественной локализацией высыпных элементов в области лица. Основными звеньями патогенеза заболевания являются андрогензависимая гиперпродукция кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, жизнедеятельность микроорганизмов (в частности *Propionibacterium acnes*) и воспалительная реакция тканей.

Несомненно данное заболевание остается актуальной проблемой современной дерматологии. И несмотря на то, что акне не относит-

ся к urgentным состояниям, наличие данного дерматоза может явиться причиной тревожных и депрессивных состояний у пациента [7, 8, 9].

Системная терапия препаратами сульфата цинка дает хороший клинический эффект при тяжелых формах акне [10, 11, 12]. Цинк обладает противовоспалительными свойствами. При акне повышена активность индуцибельной *NO*-синтетазы кератиноцитов (*iNOS*), что приводит к выработке большего количества азота, который взаимодействует с супероксид-анионом, что приводит к образованию пероксинитрита – цитотоксического агента, вызывающего повреждение тканей и воспаление. Механизм противовоспалительного действия цинка в данном случае связан с ингибированием *iNOS* [13].

На поверхности кератиноцитов *P. acnes* фиксируются на *toll*-подобных рецепторах (*TLR*), запускающих каскад воспалительных реакций. Предполагается, что процессу гиперкератинизации предшествует воспаление, так как компоненты клеточной стенки *P. acnes* связываются с *TLR* на мембране макрофагов, что стимулирует выработку различных цитокинов [14]. В своем исследовании *V. Jarrouse et al.* продемонстрировали достоверное уменьшение экспрессии *TLR* – 2 рецепторов в культуре клеток человеческих кератиноцитов, подвергавшихся обработке экстрактом *P. acnes* и дальнейшей трехчасовой инкубации с солями цинка [15].

Доказано, что цинк обладает антибактериальными [16] и антиоксидантными свойствами [17, 18]. Чувствительность *P. acnes* к цинку выше, чем стафилококков [19, 20]. Клинические исследования сравнительного анализа антибиотиков группы циклинов и препаратов цинка продемонстрировали достаточную эффективность последних [21–23]. Препараты цинка не вызывают фотосенсибилизации, что дает возможность их назначения в период повышенной инсоляции и в комплексной терапии с применением ретиноидов. Кроме того цинк безопасен в терапии акне при беременности [24].

Цинк регулирует гиперпродукцию кожного сала, оказывая ингибирующее действие на 5-альфа-редуктазу – фермент метаболизма тестостерона в дигидротестостерон [25, 26].

Цель исследования: определение эффективности препаратов цинка в комплексной терапии акне.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 109 пациентов (48 женщин, 61 мужчина) в возрасте от 13 до 39 лет с различной степенью тяжести акне. Тяжелой степенью дерматоза страдали 66 (60,5%) пациентов, средней – 43 (39,5%).

В зависимости от степени тяжести определялась начальная доза изотретиноина: при тяжелой степени – 0,3 мг/кг массы тела пациента, при средней степени – 0,2 мг/кг массы тела пациента в сутки. Системный ретиноид принимался больными вечером один раз в сутки. При достижении выраженного клинического эффекта доза системного ретиноида снижалась.

Рекомендовались также топические увлажняющие и фотозащитные средства.

В процессе лечения контролировалось состояние белой и красной крови, печени и почек. Лицам женского пола проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза (перед лечением), тест на беременность (перед лечением и ежемесячно). Все пациенты получали информацию о повышении фоточувствительности кожи на фоне лечения ретиноидами, а лица женского пола и о тератогенном действии препаратов.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдаемые больные были разделены на две группы. Пациентам первой группы (68 человек) дополнительно был назначен препарат цинка в дозе 10 мг в сутки.

У пациентов второй группы на 3–5-й неделе лечения ретиноидами наблюдалась выраженная реакция обострения, характерная для данного метода терапии, и заключающаяся в появлении новых папуло-пустулезных элементов, заметном усилении воспаления. У 26 (17,7%) больных первой группы, в комплексное лечение которых был введен препарат цинка, реакция отсутствовала, а у остальных таковая проявлялась менее активно, чем среди больных второй группы. Среди пациентов первой группы клинический эффект в виде уменьшения количества папулезных и пустулезных элементов, а также снижения жирности кожи наблюдалось на 6–8-й неделе лечения. У больных второй группы на 9–11-й неделе лечения. Длительность курса лечения у пациентов, получавших препарат цинка, в среднем составила 33 недели, а среди лиц, в комплексном лечении которых цинк отсутствовал – 39 недель.

Показатель социальной дезадаптации *CADI* в обеих группах до лечения составил в среднем 1,6, а после лечения снизился до 0,8 в группе наблюдения и до 0,9 в группе сравнения.

Среди побочных эффектов встречались: сухость кожи у 98 (90%) пациентов, хейлит у 15 (14%) пациентов. Данные явления легко купировались увлажняющими средствами. Изменения в показателях крови наблюдались у 4 больных (3,5%) в виде незначительного повышения уровня трансаминаз. Снижение до нормальных показателей было достигнуто путем уменьшения дозы изотретиноина.

Результаты двухгодичного наблюдения показали, что среди пациентов, в комплексное лечение которых был включён цинк, рецидивов не было, среди пациентов группы сравнения выявлено 2 случая рецидива акне.

Вывод. Сочетанное применение изотретиноина и препаратов цинка у больных акне дало нам возможность добиться эффективности лечения, повысить качество их жизни и снизить риск рецидива дерматоза.

Список литературы

1. **Аравийская, Е. Р.** Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности / Е. Р. Аравийская // *Лечащий врач.* – 2003. – № 3. – С. 4–6.
2. **Кубанова, А. А.** Современные особенности патогенеза итерапииакне/А. А. Кубанова, В. А. Самсонов, О. В. Заб-ненкова // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2003. – № 1. – С. 9–16.
3. *Справочник по химии* / П. А. Воскресенский [и др.]. – Изд. 4-е, перераб. – М: Просвещение, 1978. – 287 с.
4. **Brocard, A.** Innate immunity: a crucial target for zinc in the treatment of inflammatory dermatosis / A. Brocard, B. Dreno // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* – 2011. – № 25. – P. 1146–1152.
5. **Sterlicht, M.** How matrix metalloproteinases regulate cell behavior / M. Sterlicht, Z. Werb // *Annu Rev Cell Dev Biol.* – 2001. – № 17. – P. 463–516.
6. **Scrimshaw, N.S.** The requirements of human nutrition / N.S. Scrimshaw, V.R. Young // *Sci Am.* – 1976. – № 235. – P. 50–64.
7. Fox SMR The status of zinc in human nutrition // *World Rev Nutr Diet.* – 1970; 12: 208–26.
8. Dietary zinc intake in man / D. Osis [et al.] // *Am J Clin Nutr.* – 1972; 25: 582–8.
9. **Thiboutot, D.** New treatment and therapeutic strategies for acne / D. Thiboutot // *Arch Fam Med.* – 2000. – № 9. – P. 179–187.
10. Comparison of oral treatment with zinc sulphate and placebo in acne vulgaris / L. Hillstrom [et al.] // *Br J Dermatol.* – 1977. – № 97. – P. 681–684.
11. **Gorransson, K.** Oral zinc in acne vulgaris: a clinical and methodological study / K. Gorransson, S. Liden, L. Odsell // *Acta Derm Venerol.* – 1978; 58: 443–8.
12. **Verma, K.** Oral zinc sulphate therapy in acne vulgaris: a double-blind trial / K. Verma, A. Saini, S. Dramija // *Acta Derm Venerol.* – 1980; 60: 337–40.
13. **Weller, R.** Nitric oxide – a newly discovered chemical transmitter in human skin / R. Weller // *Br J Dermatol.* – 1997; 137: 665–72.
14. **Webster, G. F.** Acne vulgaris / G. F. Webster // *Br J Dermatol.* – 2002; 325: 475–479.
15. Zinc salts inhibit in vitro Toll-like receptor 2 surface expression by keratinocytes / V. Jarrouse [et al.] // *Eur J Dermatol.* – 2007; 17 (6): 492–6.
16. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects / A.B. Lansdown [et al.] // *Wound Repair Regen.* – 2007; 15 (1): 2–16.
17. **Bray, T.M.** The physiological role of zinc as an antioxidant / T.M. Bray, W.J. Bettger // *Free Radic Biol Med.* – 1990; 8: 281–91.
18. Evidence supporting zinc as an important antioxidant for skin / E. Rostan [et al.] // *Int J Dermatol.* – 2002; 41: 606–11.
19. Inhibition of erythromycin-resistant propionibacteria on the skin of acne patients by topical erythromycin with and without zinc / R. Bojar [et al.] // *Br J Dermatol.* – 1994; 130: 329–36.
20. **Rebello, T.** The effect of oral zinc administration on sebum free fatty acids in acne vulgaris / T. Rebello, D. Atherton, C. Holden // *Acta Derm Venerol.* – 1986; 66: 305–10.
21. **Micchaellsson, G.** A double-blind study of the effect of zinc and oxytetracycline in acne vulgaris / G. Micchaellsson, L. Juhlin, K. Ljunghall // *Br J Dermatol.* – 1977; 97: 561–566.
22. A double-blind trial of a zinc sulphate/citrate complex and tetracycline in the treatment of acne vulgaris / W.J. Cunliffe [et al.] // *Br J Dermatol.* – 1979; 101: 321–325.
23. Multicenter randomized comparative double-blind controlled clinical trial of the safety and efficacy of zinc gluconate versus minocycline hydrochloride in the treatment of inflammatory acne vulgaris / B. Dreno [et al.] // *Dermatology.* – 2001; 203: 135–140
24. **Dreno, B.** Acne, pregnant women and zinc salts: a literature review / B. Dreno, E. Blouin // *Ann Dermatol venerol* 2008; 135: 27–33/
25. Cations inhibit specifically type I 5 α -reductase found in human skin / Y. Sugimoto [et al.] // *J Invest Dermatol.* – 1995; 104: 775–8.
26. **Stamatiadis, D.** Inhibition of 5 α -reductase activity in human skin by zinc and azelaic acid / D. Stamatiadis, M. C. Bul-teau-Portois, L. Mowszowicz // *Br J Dermatol.* – 1988; 119: 627–32.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 575.117:57.083.3

А. В. Шишкин¹, Н. Г. Овчинина², Е. Н. Никитин³, С. С. Бессмельцев⁴, Н. В. Бакелева¹,
А. В. Петров¹, И. А. Сергеева², А. Т. Латыпов¹

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

¹Учебно-экспериментальная лаборатория

²Кафедра патологической физиологии

³Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии и гематологии

⁴ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, г. Санкт-Петербург

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЭКСПРЕССИИ АНТИГЕНОВ КЛЕТОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ БИОЧИПОВ

Шишкин Александр Валентинович — заведующий лабораторией доктор медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, Тел. 8 (951)200-75-87, E-mail: Shishkin_lab@mail.ru; Овчинина Наталья Геннадьевна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Бессмельцев Станислав Семенович — заместитель директора доктор медицинских наук, профессор; Никитин Евгений Николаевич — профессор кафедры доктор медицинских наук; Бакелева Надежда Викторовна — старший лаборант; Петров Александр Владимирович — инженер по оборудованию, лаборант; Сергеева Ирина Александровна — ассистент кафедры; Латыпов Айдар Тагирович — студент стоматологического факультета

В статье рассматривается определение коэкспрессии антигенов клеток при проведении анализа с применением иммунологических биочипов. С этой целью используется дополнительное иммунофлуоресцентное, либо иммуноферментное исследование связавшихся с биочипами клеток. Последний подход обеспечивает возможность более детального морфологического исследования клеток и не требует использования люминесцентного микроскопа.

Ключевые слова: иммунологический биочип, антигены клеток, иммунофенотипирование, коэкспрессия антигенов.

A. V. Shishkin¹, N. G. Ovchinina², E. N. Nikitin³, S. S. Bessmeltsev⁴, N. V. Bakeleva¹, A. V. Petrov¹,
I. A. Sergeeva², A. T. Latypov¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Teaching Experimental Laboratory

²Department of Physiopathology

³Department of Faculty Therapy with the Courses of Endocrinology and Hematology

⁴Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology, St. Petersburg

DETERMINATION OF CELLULAR ANTIGEN CO-EXPRESSION USING IMMUNOLOGICAL MICROARRAYS

Shishkin Alexander Valentinovich — Head of the Laboratory Doctor of Medical Science; Ovchinina Natalya Gennadyevna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; Bessmeltsev Stanislav Semyonovich — Deputy Director Professor, Doctor of Medical Science; Nikitin Evgeniy Nikolaevich — Doctor of Medical Science, Professor; Bakeleva Nadezhda Victorovna — Senior Laboratory Assistant; Petrov Alexander Vladimirovich — Laboratory Assistant, Equipment Engineer; Sergeeva Irina Alexandrovna — Lecturer; Latypov Aidar Tagirovich — Student

The article considers the determination of cellular antigen co-expression using immunological microarrays. For this purpose, we use additional immunofluorescent or immunoassay study of cells bound with microarrays, the latter giving the opportunity of a more detailed morphological examination of cells without using a fluorescent microscope.

Key words: immunological microarray; cellular antigens; immunophenotyping; co-expression of antigens.

Иммунологический биочип для определения антигенов клеток представляет собой твердую пластину (подложку), на которой в строго определенных тестовых участках иммобилизованы антитела, специфичные к поверхностным анти-

генам клеток. В процессе анализа осуществляется инкубация биочипа с суспензией клеток. При этом клетки, имеющие определяемые антигены, специфически связываются в области тестовых участков биочипа. Клетки, не имеющие данных

антигенов, устраняют при последующей отмывке. Плотность заполнения тестовых участков связавшимися клетками при определенных условиях проведения анализа прямо пропорциональна процентному содержанию в исследуемом материале клеток, имеющих соответствующие антигены. Это позволяет провести количественную оценку результата. С помощью одного биочипа можно определить множество поверхностных антигенов на разных клетках по факту их связывания в тестовых участках. В то же время на одной отдельно взятой клетке по ее связыванию в том или ином тестовом участке биочипа может быть определен только один антиген. Существует множество диагностических задач, требующих одновременного определения двух или более антигенов на одной клетке. Это особенно актуально для диагностики гемобластозов.

Данная проблема может быть решена путем обработки биочипа со связавшимися клетками, мечеными антителами [1–10], т.е. проведением дополнительного иммуноцитохимического исследования. Наиболее доступным представляется применение антител, связанных с флюоресцентной или ферментной меткой. При этом по сравнению с общепринятыми иммуноферментными и иммунофлюоресцентными методами иммунофенотипирования клеток появляется возможность определения на каждой отдельно взятой клетке на один антиген больше за счет ее связывания в том или ином тестовом участке биочипа. На разных же клетках (по связыванию их в разных пятнах биочипа), будет по-прежнему определяться множество различных антигенов, как и при использовании ранее описанной базовой методики проведения анализа.

Определение коэкспрессии антигенов с использованием флюоресцентно-меченных антител при проведении анализа с применением биочипов. Данный подход ранее уже был описан зарубежными исследователями [1–5], а также использовался нами в некоторых предыдущих работах [6–8].

Его суть заключается в том, что биочип со связавшимися клетками обрабатывают раствором антител, меченных флюорохромами, осуществляют инкубацию в течение необходимого времени (обычно 40–60 минут), далее проводят отмывку. Выполняют оценку результата путем микроскопического исследования (и мик-

рофотографирования) тестовых участков биочипа с использованием люминесцентного микроскопа (рис. 1). Сопоставляют микрофотографии, полученные при обычном и ультрафиолетовом освещении и определяют плотность связывания клеток в тестовых участках и соотношение числа флюоресцирующих и нефлюоресцирующих клеток.

В работах зарубежных исследователей процесс считывания результата был автоматизирован. При этом осуществлялось сканирование поверхности биочипа.

Преимуществами данного подхода являются сравнительно небольшое увеличение времени проведения анализа по сравнению с базовой методикой и возможность определения коэкспрессии нескольких антигенов при использовании нескольких антител с разной специфичностью, конъюгированных с разными флюорохромными метками. Недостатками являются постепенное выцветание флюоресцирующих меток и невозможность приготовления долговременных микропрепаратов с применением многих композиций, широко используемых в цитологии и гистологии.

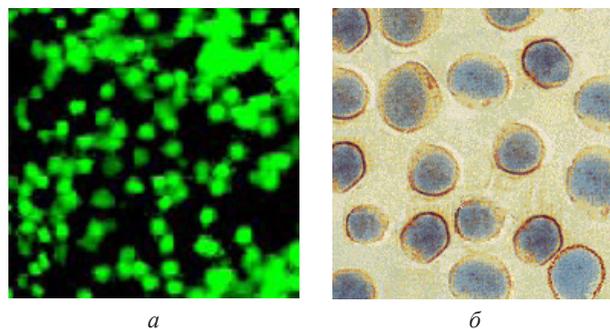


Рис. 1. Определение коэкспрессии антигенов на связавшихся с биочипами клетках иммунофлюоресцентным и иммуноферментными методами: а) микрофотография клеток большого ХЛЛ, связавшихся в области тестового участка, с антителами специфичными к антигену *CD5*. С помощью антител, конъюгированных с FITC, выполнено определение антигена *CD19*. Таким образом, определена коэкспрессия *CD5/CD19*. Увеличение в 150 раз. б) микрофотографии клеток большого ХЛЛ, связавшихся на биочипе в области тестового участка с антителами, специфичными к антигену *CD23*. С помощью *EnVision* технологии дополнительно определен антиген *CD19*. Таким образом, обнаружена коэкспрессия *CD19/CD23*. Ядра клеток докрашены гематоксилином. Увеличение в 800 раз.

Наряду с описанным здесь иммунофлюоресцентным исследованием связанных с биочипом клеток прямым методом также возможно использование различных непрямых методов. Это даст возможность повысить чувствительность, но приведет к повышению длительности исследования.

Пример исследования клеток с использованием описанного подхода. С помощью биочипа, содержащего иммобилизованные антитела, специфичные к антигенам *CD3*, *CD4*, *CD5*, *CD16*, *CD19*, *CD20*, *CD22*, *CD23*, *CD44*, *CD45*, *CD56* были исследованы лимфоциты, выделенные из периферической крови больного В-клеточным хроническим лимфоцитарным лейкозом (ХЛЛ) – (рис. 2). Для определения коэкспрессии антигенов использовались меченные фикоэритрином (PE) антитела, специфичные к антигену *CD5*, а также антитела, специфичные к антигену *CD19*, меченные флуоресцеина изотиоцианатом (FITC).

При этом определялось несколько видов коэкспрессии *CD5/CD19*, *CD5/CD19/CD20*, *CD5/CD19/CD22*, *CD5/CD19/CD23*, *CD5/CD19/CD44*, *CD5/CD19/CD45*. Микроскопическое исследование и сопоставление микрофотографий показало, что данные антигены присутствуют на одних и тех же клетках. Наличие коэкспрессии *CD5/CD19* характерно не только для клеток ХЛЛ, но и для клеток некоторых других лимфатических опухолей, а также очень небольшой субпопуляции нормальных лимфоцитов. Но коэкспрессия *CD5/CD19/CD23* типична именно для ХЛЛ. Таким образом, дополнительная обработка связанных клеток мечеными антителами позволила четко определить субпопуляцию опухолевых клеток.

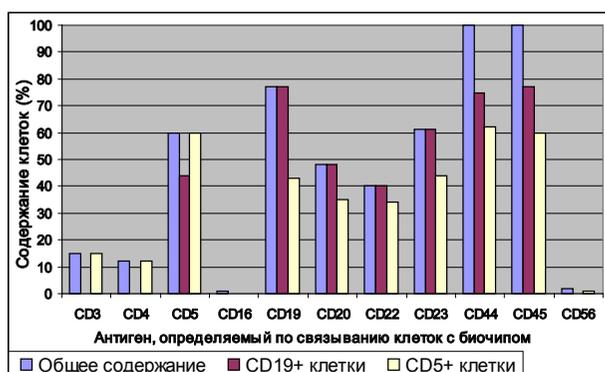


Рис. 2. Результат исследования с помощью биочипов лимфоцитов больного ХЛЛ. Выполнялась обработка связавшихся с биочипами клеток антителами анти – *CD5*, мечеными PE и антителами анти – *CD19*, мечеными FITC.

Определение коэкспрессии антигенов на связавшихся с биочипами клетках с использованием иммуноферментных методов. Нами была показана возможность использования иммуноферментных методов для определения коэкспрессии антигенов на связанных с биочипом клетках [8–10]. Данный подход позволяет выполнять дополнительное окрашивание клеток, что дает возможность проводить не только определение коэкспрессии антигенов, но и их более качественное морфологическое исследование. Преимуществами также являются: возможность приготовления из обработанного таким образом биочипа долговременного препарата, отсутствие необходимости использования дорогостоящего люминесцентного микроскопа. Для дополнительного определения коэкспрессии антигенов нами использовалась технология *EnVision*, обеспечивающая высокую чувствительность. Однако возможно применение и других иммуноцитохимических техник.

Недостатком описанного подхода является большая длительность и трудоемкость анализа по сравнению с использованием флуоресцентно меченных антител. Кроме того, значительные сложности представляет дополнительное определение на связавшихся с биочипом клетках более чем одного антигена.

Но необходимо заметить, что исследование цитологических препаратов с использованием антител, конъюгированных с ферментной меткой, широко используется многими лабораториями. В перспективе возможно внедрение в практику некоторых из них анализа с использованием биочипов, дополненного определением коэкспрессии антигенов данным способом.

Пример исследования клеток с использованием описанного подхода. В качестве примера использования данного подхода можно привести результаты исследования клеток больного ХЛЛ. На связанных с биочипом лимфоцитах проводилось определение коэкспрессии антигена *CD19*. Отмечалось высокое содержание *CD5+*, *CD19+*, *CD20+*, *CD22+*, а также *CD23+* клеток (рис. 3). Помимо нормальных вариантов коэкспрессии антигенов *CD19/CD20*, *CD19/CD22*, *CD19/CD45* определялась коэкспрессия антигенов *CD5/CD19* и *CD19/CD23*. Наличие коэкспрессии *CD5/CD19* характерно для ХЛЛ. При микроскопическом исследовании четко определялось окрашивание мембран клеток продуктом реакции.

Это подтверждает поверхностную локализацию антигена *CD19*. Дополнительное окрашивание связавшихся с биочипом клеток гематоксилином позволило визуализировать ядра.

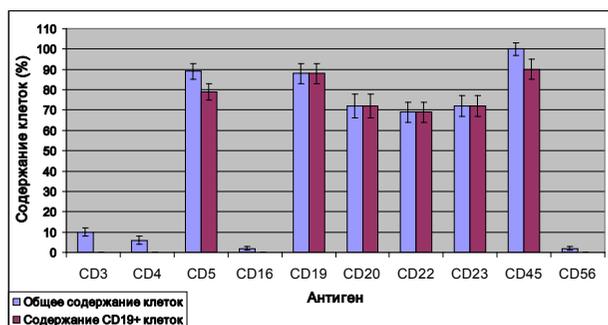


Рис. 3. Результат исследования клеток больного В-ХЛЛ с помощью биочипа. Для определения коэкспрессии антигена *CD19* на связавшихся с биочипом клетках выполнено дополнительное иммуноцитохимическое исследование с использованием *En Vision* технологии.

Вывод. Оба описанных варианта определения коэкспрессии антигенов на связанных с биочипом клетках могут быть использованы для решения множества диагностических и научно-исследовательских задач. Выбор того или иного из них будет определяться задачами конкретного исследования.

Интеллектуальная собственность. Способ определения коэкспрессии антигенов на связавшихся с биочипом клетках с использованием иммуноферментного метода защищен патентом на изобретение *RU 2393216*. Патентовладелец – А. В. Шишкин.

Список литературы

1. Шишкин, А. В. Иммунологические биочипы для исследования клеток. Собственный опыт разработки / А. В. Шишкин // Некоторые новые подходы к проведению анализа LAP Lambert Academic Publishing & Co. KG. – 2010. – 158 с.
2. Шишкин, А. В. Иммунологические биочипы и комплекс устройств для исследования клеток / А. В. Шишкин // Саарбрюккен: Palmarium Academic Publishing. – 2013. – 252 с.
3. Шишкин, А. В. Новый подход к определению коэкспрессии антигенов клеток при проведении анализа с использованием иммунологического биочипа / А. В. Шишкин, Н. Г. Овчинина, С. С. Бессмельцев // Онкогематология. – 2011. – № 2. – С. 23–30.
4. Шишкин, А. В. Использование иммуноферментного метода для определения коэкспрессии антигенов клеток при проведении анализа с помощью иммунологических биочипов / А. В. Шишкин, Н. Г. Овчинина, С. С. Бессмельцев // Биомедицинский журнал medline.ru. – Том 12. – С. 82–92, январь 2011, режим доступа <http://medline.ru/public/art/tom12/art8.html>.
5. Identification of repertoires of surface antigens on leukemias using an antibody microarray / L. Belov [et al.] // Proteomics. – 2003. – Vol. 3. – P. 2147–2154.
6. Surface antigen profiling of colorectal cancer using antibody micro arrays with fluorescence multiplexing / J. Zhou [et al.] // J. of Immunological Methods. – 2010. – Vol. 355. – P. 40–51.
7. Colorectal cancer cell surface protein profiling using an antibody microarray and fluorescence multiplexing / J. Zhou [et al.] // J. of Visualized Experiments, 2011. – P. 3322.
8. Classification of AML Using a Monoclonal Antibody Microarray / R. I. Christopherson [et al.] // Methods in molecular medicine. – 2006. – Vol. 125. – P. 241–251
9. Profiling CD antigens on leukaemias with an antibody microarray / N. Barber [et al.] // FEBS Letters. – 2009. – P. 1785–1791.
10. Immunological biochips for studies of human erythrocytes / A. V. Shishkin [et al.] // Biochemistry (Moscow) Supplement Series A: Membrane and Cell Biology. – 2008. – Vol. 2. – № 3. – P. 217–224.