



ISSN 1994-8921

ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ



80 лет

№ 4
2013

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

№ 4

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2013

IZHEVSK • 2013

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **С. Лаллукка** (Финляндия), заместитель главного редактора; **П. Тамаш** (Венгрия), заместитель главного редактора; **М. Вали** (Эстония), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief*; **S. Lallukka** (*Finland*), *Deputy Editor-in-Chief*; **P. Tamas** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*; **M. Vali** (*Estonia*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

П. Барат (Венгрия); **В.В. Богатов** (Тверь); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **Н.А. Забродин** (Ижевск); **Н.А. Кирьянов** (Ижевск); **З.В. Лонгорт** (Салехард); **В.М. Музлов** (Ижевск); **Г.А. Никитина** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **А.А. Разин** (Ижевск); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **Р.П. Четкарева** (Йошкар-Ола); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

P. Barath (*Hungary*); **V.V. Bogatov** (*Tver*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **N.A. Zabrodin** (*Izhevsk*); **N.A. Kiryanov** (*Izhevsk*); **Z.V. Longortova** (*Salekhard*); **V.M. Muzlov** (*Izhevsk*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Razin** (*Izhevsk*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvykar*); **R.P. Chetkareva** (*Yoshkar-Ola*); **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», 2013

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Быкова*
Художественный редактор *Э.Н. Лобанова*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 26.12.2013. Подписано в печать 18.12.2013.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 9,1. Уч.-изд. л. 7,1.
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. Раскольникова, 152.
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЗДРАВЛЕНИЯ С 80-ЛЕТИЕМ ИГМА

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С.А. Шишкин, Т.И. Малкова, П.М. Тверитнев
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ
СЛУЖБЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ... 12

S.A. Shishkin, T.I. Malkova, P.M. Tveritnev
THE HISTORY OF MAKING AND ORGANIZA-
TION OF SERVICE ANESTHESIOLOGY AND RE-
SUSCITATIVE IN THE UDMURT REPUBLIC 12

Ю.В. Храмова, Н.М. Попова
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ
В ВЕЛИКОБРИТАНИИ 15

Y.V. Khramova, N.M. Popova
TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL IN THE
UNITED KINGDOM 15

А.А. Хрупалов
ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОС-
ТИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОАО «РЖД» 22

A.A. Khrupalov
ASSESSING ECONOMIC ACTIVITY OF PRIVATE
MEDICAL INSTITUTIONS OF THE OPEN JSC
«RUSSIAN RAILWAYS» 22

А.Ж. Степанян
ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕ-
ДОВАНИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬ-
НОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ... 24

A.Zh. Stepanyan
USING MARKETING RESEARCH TO OPTIMI-
ZE THE ACTIVITY OF MEDICAL INSTITU-
TIONS 25

П.Б. Абдурашидова
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И УДОВЛЕТВО-
РЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ЖИТЕЛЕЙ
СЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН 27

P.B. Abdurashidova
HEALTH CONDITION AND LIFE QUALITY
SATISFACTION OF THE RURAL POPULATION
IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN 28

*А.К. Беляева, Б.Л. Мультиановский, С.В. Шабар-
дина, Г.С. Королькова, Ю.Б. Турова*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДО-
РОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬ-
НОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 31

*A.K. Belyayeva, B.L. Multanovskiy, S.V. Shabar-
dina, G.S. Korolkova, Yu.B. Turova*
EFFECTIVENESS OF SCHOOLS OF HEALTH
FOR THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPER-
TENSION 31

ДЕМОГРАФИЯ

Л.Л. Шубин, З.В. Шубина, Е.П. Рябина
V СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ ФИННО-УГОР-
СКИХ НАРОДОВ РОССИИ 34

L.L. Shubin, Z.V. Shubina, E.P. Ryabina
Vth CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF
FINNO-UGRIC PEOPLES OF RUSSIA 34

Т.А. Васина
ТИПОЛОГИЯ И УРОВЕНЬ ЖИЗНИ СОВРЕ-
МЕННОЙ УДМУРТСКОЙ СЕМЬИ 39

T.A. Vasina
THE TYPES AND QUALITY OF THE LIFE OF
THE UDMURT MODERN FAMILIES 39

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Н.А. Хохлачева, Е.В. Сучкова, Я.М. Вахрушев
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
И ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БО-
ЛЕЗНЮ 44

N.A. Khokhlacheva, Ye.V. Suchkova, Ya.M. Vakhrushev
IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION
AND CARRYING OUT PROPHYLACTIC ME-
DICAL EXAMINATION OF THE PATIENTS
WITH CHOLELITHIASIS 44

О.Д. Михайлова
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕ-
ЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕС-
ПУБЛИКЕ 48

O.D. Mikhaylova
EPIDEMIOLOGY OF PANCREAS DISEASES
IN UDMURT REPUBLIC IZHEVSK STATE
MEDICAL ACADEMY OF HEALTH MINISTRY,
RUSSIA 49

З.М. Сигал, С.Ю. Мещанов ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.	52	И.М.Брагина, О.Г.Мохова, С.В.Соковнина, М.Ф. Кельдиярова, С.В. Дуева, О.С. Брусничникова, Н.В. Гребенкина, Т.Ю. Ворожцова СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	67
Z.M. Sigal, S.Y. Meshchanov PULSE OXIMETRY IN PRACTICE OF CARDIOLOGICAL AMBULANCE.	52	I.M.Bragina, O.G.Mohova, S.V.Sokovnina, M.F. Keldiyarova, S.V. Dueva, O.S. Brusnichnikova, N.V. Grebenkina, T.Y. Vorozhtsova MICROBIOCENOSIS OF THE COLON IN MOTHERS AND THEN NEWBORNS WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS.	67
З. М. Сигал, Ф. Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗОВ	54	Л.П. Матвеева, М.К. Ермакова, Л.В. Рябова, Т.И. Тищук ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	70
Z.M. Sigal, F.G. Babushkin, S.Y. Meshchanov PULSE OXIMETRY OF THE OMENTUM MAJOR FOR PROPHYLAXIS OF THE INSOLFENSY SEAMS ANASTOMOSES.	55	L.P. Matveeva, M.K. Ermakova, L.V. Ryabova, T.I. Tischuk FEATURES OF THE CONNECTIVE TISSUE METABOLISM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA.	70
И.Б. Руденко, Ю.Ю. Старчикова, О.А. Хайруллина СИНДРОМ АРИТМИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	57	М.А. Ларионова, Т.В. Коваленко, Е.В. Ибрагимова, О.В. Кунаева ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ	72
I.B. Rudenko, Y.Y. Starchikova, O.A. Khayrullina SYNDROME ARRHYTHMIAS CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN MEN OF MILITARY AGE	57	M.A. Larionova, T.V. Kovalenko, E.V. Ibragimova, O.V. Kunaeva INSULIN PUMP THERAPY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES IN THE UDMURT REPUBLIC: EFFECTIVENESS AND PROBLEMS	73
Л.А.Миронова, Ю.А. Янкин ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ВЛИЯНИЕ ЕЕ НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ	59	В.Г. Федоров, А.В. Чернов МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ В ПЕРВОЙ РКБ Г. ИЖЕВСКА	75
L.A. Mironova, Yu.A. Yankin CHANGES IN ACIDITY OF ORAL FLUID IN SOMATIC DISEASES AND ITS INFLUENCE ON THE PROCESSES OF ADAPTATION TO FULL LAMINAR DENTURES	59	V.G. Fedorov, A.V. Chernov METHODS OF TREATMENT OF TRANSVERSE PLATYPODIA IN 1 RSC, IZHEVSK	75
Л.А. Миронова, А.Н. Миронов, А.В. Логинов ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	61	В.И. Бутрина ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ	77
L.A. Mironova, A.N.Mironov, A.V. Loginov THE INFLUENCE OF QUANTITATIVE AND QUALITATIVE CHARACTERISTICS OF ORAL FLUID IN APPLYING REMOVABLE DENTURES	61	V.I. Butrina PSYCHO-EMOTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION CONSUMING INCREASED AMOUNT OF TABLE SALT	77
Е.Г. Вихарева, М.А. Хан, С.В. Соковнина, А.А. Новикова, Т.В. Третьякова КУРПОРТНЫЕ ФАКТОРЫ И МОТОРИКА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ	64		
Ye.G. Vikhareva, M.A. Khan, S.V. Sokovnina, A.A. Novikova, T.V. Tretyakova SPA FACTORS AND GASTRIC AND DUODENAL MOTILITY IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS	64		

Глубокоуважаемые коллеги, читатели журнала!



2013 год ознаменован важным событием – 80-летием Ижевской государственной медицинской академии. В течение многих лет академия ведет обширную международную деятельность, успешно сотрудничая с финно-угорскими регионами Российской Федерации и странами финно-угорского мира – Финляндией, Венгрией, Эстонией, осуществляет актуальные научные исследования, охватывающие широкий спектр проблем медицины.

Научно-практический журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» издаётся в течение пяти лет. Он раскрывает научные достижения учёных финно-угорского мира, представляет программы по решению проблем охраны здоровья, улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи, открывает новые перспективы международного сотрудничества. Первый номер журнала

увидел свет в 2008 году. За 5 лет издания журнал приобрел высокий научный авторитет. Но самый главный успех мы видим в том, что наш журнал завоевал сердца широкой аудитории читателей – академических ученых, представителей науки и работников высшего медицинского образования нашей страны, практических врачей, ординаторов, молодых ученых. По общему мнению, журнал имеет свое неповторимое лицо, свой стиль и почерк, определяемый тесной интеграцией фундаментальных и прикладных исследований в различных областях медицины.

Поздравляю с юбилеем всех, кто сотрудничал с журналом, активно участвуя в его становлении как информационной основы, объединяющей организаторов здравоохранения, научных работников и практических врачей. Надеюсь, что будущее развитие нашего журнала как средства общения заинтересованных сторон будет столь же успешным, и вы примете активное участие в обсуждении актуальных профессиональных проблем, станете постоянными собеседниками, поделитесь своим опытом работы, расскажете о результатах творческого поиска. Уверен, что ваши публикации на страницах журнала будут способствовать его дальнейшему развитию и формированию целостной картины процессов, происходящих в современном здравоохранении, различных областях медицинской и фармацевтической наук.

Николай Сергеевич Стрелков,
главный редактор журнала,
доктор медицинских наук, профессор,
ректор ГБОУ ВПО «ИГМА».

Dear colleagues, readers of the journal!

*The year 2013 is marked by an important event - the 80th anniversary of Izhevsk State Medical Academy. For many years the academy has been engaged in extensive international activity co-operating successfully with the **Finno-Ugric regions of the Russian Federation and Finno-Ugric countries – Finland, Hungary, Estonia** – and it has been conducting researches covering a wide range of urgent problems in medicine.*

*Scientific and practical journal «Health, Demography and Ecology of Finno-Ugric Peoples» which has been published for five years presents scientific achievements of the researchers of the Finno-Ugric world, introduces the programmes aimed at solving the problems of health protection, improving the quality of medical care and providing its availability, offers new prospects for international cooperation. The first issue of the journal saw the light of day in 2008. Within five years the journal has gained high scientific prestige. **But we believe the greatest success is in the fact that our journal has won the hearts of a wide range of readers** – scientists, academics, faculty members of medical universities, medical practitioners, residents, young researchers. The general opinion is that the journal has its individuality and its own unique style determined by a close integration of fundamental and applied investigations in different fields of medicine.*

I would like to offer my congratulations on the anniversary of the academy to all the people who contributed to the journal taking an active part in its forming the information basis that unites public health officials, researchers and medical practitioners. I hope that future development of our journal as a means of communication between interested parties will also be successful and you will participate actively in the discussions of urgent problems, you will become permanent interlocutors, share your practical experience and the results of your research. I am sure that the works you will publish in the journal will promote its further development and contribute to presenting the overall picture of the processes currently taking place in the health care system and various fields of medical and pharmaceutical science.

Nikolay Sergeevich Strelkov,
Editor-in-Chief of the journal
“Health, Demography and Ecology of Finno-Ugric People”,
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of Izhevsk State Medical Academy,
the Member of Consultative Committee of Finno-Ugric People.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ С 80-ЛЕТИЕМ ИГМА

Постановлением Совнаркома РСФСР от 24 апреля 1933 года был создан Ижевский государственный медицинский институт, в стенах которого были заложены основные принципы подготовки специалистов медицинской отрасли. Институт готовил врачей, организовывал медицинскую помощь населению, занимался решением научных проблем.

Во время Великой Отечественной войны сотрудники ИГМИ проводили огромную работу в тыловых госпиталях. Благодаря четко организованной работе сети лечебных учреждений в строй было возвращено 85% раненых бойцов.

Памятным стало событие 1983 года, когда вуз был награжден орденом Дружбы народов.

Новым этапом в развитии учебного заведения стало присвоение ему статуса академии в 1995 году. Это событие привело к появлению новых факультетов и врачебных специальностей. За 80-летнюю историю вуз подготовил более 24 тысяч врачей различных специальностей и около 360 менеджеров сестринского дела. В настоящее время в академии обучается более 2500 студентов, более 500 интернов и ординаторов, 140 аспирантов, в академии трудится 377 человек профессорско-педагогического персонала, включая 85 докторов и 230 кандидатов наук.

В стенах академии успешно развиваются серьезные инновационные направления медицины. В практическое здравоохранение внедрены новейшие достижения хирургии, кардиологии, педиатрии, акушерства и гинекологии. Вуз разработал и принял новую стратегию развития, определившую главными направлениями деятельности модернизацию учебного процесса и создание информационных медицинских технологий.

В день славного 80-летия поздравить академию, ее профессорско-преподавательский состав, студентов и сотрудников с юбилеем приехали

коллеги из многих регионов России и зарубежья, ученые Венгрии, Эстонии, Узбекистана.

В приветственном поздравлении *профессор университета г. Печ Ласло Ленард* выразил благодарность за сотрудничество от имени кафедры физиологии и всего университета: *«Я бы хотел отметить результаты нашего соглашения на сегодняшний день. Профессора медицинской академии уже несколько раз посетили нас вместе со студентами, принявшими участие в международной студенческой конференции. Прежде всего я должен упомянуть Ирину Брындину, профессора патофизиологии, которая, насколько мне известно, ответственна за студенческую научную работу в ИГМА. Она лично внесла огромный вклад в продвижение нашего соглашения и посетила нас вместе со студентами. Также я хотел бы упомянуть Ларису Исакову, профессора физиологии, а также Наталью Попову, возглавляющую кафедру общественного здоровья и музей академии. Упомянутые профессора много работали и принимали непосредственное участие в развитии наших международных отношений и побывали в г. Печ. Кроме того, я был впечатлен работой Соболевой Алевтины, возглавляющей отдел по международным связям, особенно ее навыками английского языка и замечательными организаторскими способностями. Как итог совместной работы – ежегодно несколько студентов из Ижевской медицинской академии проходят летнюю практику в наших клиниках, а также принимают участие в научной конференции, которая, кстати, проходит в эти дни. Академия была основана в 1933 году, в непростое время. И сегодня мы видим замечательные изменения, которые произошли на протяжении этих 80 лет. Я поздравляю Вас, Николай Сергеевич, всех профессоров, работников, всех преподавателей и студентов Ижевской государственной меди-*

цинской академии с 80-летием со дня основания. Желаю всем вам дальнейшего развития, удачи, хорошего здоровья и процветания. Большое вам спасибо».

Министр здравоохранения УР В.М. Музлов в поздравительном письме отметил: «Сегодня авторитет академии неизмеримо высок. Здесь успешно ведется и развивается научная, издательская и международная деятельность. Благодаря этому академия занимает почетное место среди российских образовательных учреждений медицинской направленности. Деятельность академии получила достойную оценку. Коллектив был награжден орденом Дружбы народов, многими международными наградами, ему вручен «Золотой сертификат качества». Коллективу Ижевской государственной медицинской академии от всего сердца желаю благополучия, крепкого здоровья, процветания и талантливых учеников!».

Руководитель фракции ЛДПР В.В. Жириновский в поздравлении от всей души выразил признательность и уважение профессорско-преподавательскому составу академии за весомый вклад в развитие медицины Удмуртской Республики. Отметил, что ученые академии являются пионерами внедрения экономически обоснованных методов в практику здравоохранения Приволжского федерального округа. Пожелал новых научно-педагогических достижений, успешной учебы и работы, здоровья, счастья и благополучия.

В поздравительных письмах в адрес академии звучали добрые и сердечные пожелания, слова напутствия от друзей-коллег.

Ректор Казанского государственного медицинского университета профессор А.С. Созинов: «Исторические судьбы наших вузов неразрывно переплетены. Мы гордимся вами и как профессионалами, и как людьми высокого долга и чести. Примите самые сердечные пожелания по случаю вашего праздника! Счастья, процветания и благополучия всему коллективу на долгие годы!».

Ректор Башкирского государственного медицинского университета профессор В.Н. Павлов: «Успехи академии связаны, прежде всего, с грамотной организацией учебного процесса, его

технической оснащенностью, высококвалифицированным профессорско-преподавательским составом, в числе которого известные доктора и кандидаты наук. Академия по праву гордится научными школами, открытиями и перспективными разработками. В этот светлый день желаю вам крепкого здоровья, благополучия, научных свершений и уверенного движения вперед!».

Ректор Кировской государственной медицинской академии профессор И.В. Шешунов: «В настоящее время ИГМА – это современная многоуровневая система непрерывной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, это крупнейший учебно-научный комплекс по подготовке медицинских кадров, один из признанных лидеров в подготовке специалистов самой гуманной профессии на Земле. В этот праздничный день желаю всем сотрудникам академии упорно и настойчиво постигать основы наук, ощущать радость познания и неустанно стремиться к открытиям!».

Ректор Смоленской государственной медицинской академии профессор И.В. Отвагин: «Коллективом академии пройден славный и нелегкий путь, сложились традиции, накоплен уникальный медицинский опыт и научный потенциал. Создана прекрасная современная материально-техническая база и кадровая школа, обогатившая отечественную и мировую науку своими достижениями, подарившая родине выдающихся ученых. Примите искренние пожелания новых научных педагогических и врачебных достижений, радостей творческого труда, свершения всех планов!».

Ректор Самарского государственного медицинского университета академик РАМН, профессор Г.П. Котельников: «Сердечно поздравляю ветеранов, профессорско-преподавательский состав, студентов, аспирантов и выпускников с 80-летием вашего вуза! Мы верим, что впереди у вас много творческих достижений и побед. Пусть ширятся связи академии с ведущими вузами России и зарубежья. Пусть никогда не покидают вас жажда поиска и желание созидать! Желаю вам крепкого здоровья, благополучия, счастья, творческих успехов на благо развития и процветания вуза!».

Ректор Новосибирского государственного медицинского университета профессор И.О. Маринкин: «Примите сердечные поздравления по случаю торжеств в связи со знаменательной датой – 80-летним юбилеем ИГМА! Коллектив академии может с гордостью оценивать пройденный путь и с уверенностью смотреть в будущее. Пусть и в дальнейшем вам сопутствует успех в поиске новых идей развития и научных свершений во славу отечественной медицины и на благо России!».

Ректор Тверской государственной медицинской академии профессор М.Н. Калинин: «Сердечно поздравляем коллектив академии с 80-летием ИГМА! Желаем дальнейших творческих успехов в нашем общем благородном деле подготовки специалистов для нашей родины, здоровья, счастья и процветания!»

Ректор Ижевской государственной сельскохозяйственной академии профессор А.И. Любимов: «Горячо и сердечно поздравляем с 80-летием академии! Творческий подход к делу, профессионализм, активная, принципиальная позиция руководства и профессорско-преподавательского состава академии служат основой для дальнейшего развития и процветания академии. За эти годы между нашими вузами сложились конструктивные деловые взаимоотношения в научных исследованиях, в подготовке научно-педагогических кадров, в реализации совместных образовательных программ. Мы надеемся, что связи будут расширяться и крепнуть».

Ректор Ижевского государственного технического университета имени М.Т. Калашникова, председатель Совета ректоров вузов УР Б.А. Якимович: «От всей души поздравляем коллектив академии с юбилеем! Академия – это один из ведущих центров подготовки медицинских кадров в Урало-Поволжье. Поэтому неудивительно, что ИГМА широко известна своими

выпускниками не только в нашей стране, но и далеко за ее пределами. В стенах академии успешно развиваются инновационные направления медицины, в практическое здравоохранение внедрены новейшие достижения хирургии, кардиологии, педиатрии, акушерства и гинекологии. Желаю коллективу новых творческих успехов в подготовке и воспитании высококвалифицированных специалистов, а самой академии – дальнейшего развития на благо России».

Ректор Самаркандского государственного медицинского института профессор А.М. Шамсиев: «Уважаемые коллеги, примите самые искренние поздравления в связи с 80-летием со дня образования академии! За годы славного существования академия выпустила десятки выпускников, которые трудятся в разных регионах России и далеко за ее пределами. В стенах академии воспитываются не только высокие профессионалы в сфере практической медицины, но и выдающиеся ученые, которые внесли значительный вклад в развитие медицинской науки. От имени всего института поздравляю коллектив академии и благодарю за активное международное сотрудничество».

С ответным словом к гостям и сотрудникам академии на торжественном заседании, посвященном юбилею, обратился **ректор ИГМА профессор Н.С. Стрелков:** «Выражаю искреннюю признательность за теплые и душевные поздравления, напутствия и высокую оценку работы нашего вуза. В ближайшее десятилетие движущей силой развития ИГМА станет научная деятельность, проведение сложных фундаментальных и прикладных исследований, разработка новых медицинских технологий. Уверен, что дальнейшее активное сотрудничество с нашими коллегами из самых разных уголков России и стран ближнего и дальнего зарубежья будет содействовать дальнейшему развитию современной медицинской науки и практического здравоохранения»

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616-089.5(470.51)(09)

С.А. Шишкин¹, Т.И. Малкова², П.М. Тверитнев³

¹БУЗ УР «Городская клиническая больница № 8 МЗ УР», г. Ижевск

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

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

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Шишкин Сергей Александрович – заведующий анестезиолого-реанимационным отделением, заслуженный работник здравоохранения УР; Малкова Тамара Ивановна – врач анестезиолог-реаниматолог, заслуженный работник здравоохранения УР; Тверитнев Павел Михайлович – заведующий анестезиолого-реанимационным отделением.

За короткий промежуток времени анестезиология в Удмуртии прошла путь становления и развития. Благодаря ее теоретическим и практическим достижениям повысилась эффективность и безопасность современной медицинской помощи в нашей республике.

Ключевые слова: анестезиология, реаниматология, организация службы в Удмуртии.

S.A. Shishkin¹, T.I. Malkova², P.M. Tveritnev³

¹Clinical Hospital № 8, Izhevsk

²Clinical Hospital № 9, Izhevsk

³Republic Clinical Hospital № 1, Izhevsk

THE HISTORY OF MAKING AND ORGANIZATION OF SERVICE ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATIVE IN THE UDMURT REPUBLIC

Shishkin Sergey Alexandrovich – Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation; Malkova Tamara Ivanovna – physician anesthesiologist; Tveritnev Pavel Mihailovich – Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation

In a short time anesthesiology in Udmurtia has gone formation and development. Due to its theoretical and practical achievements improved the efficiency and safety of modern medical care in our country.

Key words: anesthesiology, critical care medicine, service organization in Udmurtia.

Датой рождения современной анестезиологии принято считать 16 октября 1846 года, когда в Массачусетском общем госпитале (Бостон, США) В.Мортон провел ингаляционный наркоз диэтиловым эфиром при удалении опухоли шеи у больного Э.Эббота. Пожалуй, ни одно другое открытие не оказало столь благотворного воздействия на последующее развитие медицины.

Как известно, на первых порах анестезиологию в нашей стране создавали и организовывали хирурги. Из истории Первой РКБ известно, что хирург Н.И. Дамперов оперировал под спинно-

мозговой анестезией и масочным эфирным наркозом [3, 10]; при операциях на нижних конечностях применялась регионарная анестезия [5]. В этот период времени отечественная анестезиология развивалась главным образом по пути совершенствования местного обезболивания и отчасти – внутривенного наркоза.

В Удмуртии внедрению местной анестезии в клиническую практику способствовали практические хирурги и сотрудники кафедр Ижевского медицинского института. Положил начало применению местного обезболивания в Первой РКБ

в 1930 году И.Н. Паншин [10]. Способствовали распространению метода профессора С.И. Ворончихин, С.А. Флеров, Н.Ф. Рупасов.

С.И.Ворончихин в 1939 году защитил кандидатскую диссертацию «Опыт лечения больных прободной язвой желудка под местной анестезией по А.В.Вишневскому» [4], а в 1946 году – докторскую диссертацию «Вневенный гексеналовый наркоз».

Появление в 30-е годы прошлого века новых анестезирующих средств способствовало развитию новых методов наркоза, в основном неингаляционного, который благодаря простоте применения и благоприятному воздействию на больного начал использоваться хирургами. Ассистент кафедры госпитальной хирургии П.И. Хлюпин в 1940 году опубликовал в журнале НХА № 8 статью «Гексеналовый наркоз при хирургических операциях» [2]. В послевоенный период помимо масочного наркоза при операциях на органах брюшной полости, мочевыводящих путях и нижних конечностях применялась перидуральная анестезия [1, 6], а при операциях на конечностях – внутрикостная и внутривенная анестезия [8].

Практическая анестезиология в Ижевске начала развиваться с конца 50-х годов на базе Первой РКБ и городской клинической больницы № 2. В Первой РКБ Г.И. Волков начал проводить общее обезболивание с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких. В городской клинической больнице № 2 первую интубацию трахеи выполнил профессор Л.Г. Гранов в 1958 году. В 1956 году в Республиканском туберкулезном объединении первый интубационный наркоз провел Д.И. Прокопьев. Ни один из этих врачей не стал анестезиологом.

В 60-х годах создается анестезиолого-реанимационная служба в составе многопрофильных больниц. После специализации по анестезиологии на базе ЦОЛИУВ в г. Москве в 1958 году хирург Н.А.Завалина начала организовывать анестезиолого-реанимационную службу в городской клинической больнице № 2, Н.К. Ширококов – в Первой Республиканской клинической больнице, В.И. Титов – в Республиканском туберкулезном госпитале.

Первое отделение анестезиологии в Удмуртии было открыто в 1967 году в Первой РКБ. Возглавила его Т.И.Малкова, прошедшая в 1964–

1966 гг. ординатуру по специальности анестезиология в Ленинградском научно-исследовательском институте хирургического туберкулеза и принятая после ее окончания анестезиологом на кафедру факультетской хирургии ИГМИ. Первыми сотрудниками отделения стали врачи-анестезиологи: Р.Л. Хамитов, В.М. Егоров, Ю.Н. Муравьева, А.Н. Ширококов. Несколько позднее приступили к работе: Г.Ф. Скворцов, А.И. Смирнов, Н.Т. Соловьев, С.П. Генохова. В 1972 году при отделении анестезиологии была открыта палата интенсивной терапии [9, 10]. Из сотрудников отделения формировались выездные бригады для оказания анестезиологической помощи в районах Удмуртии.

В городской клинической больнице № 2 в 1969 году создается анестезиологическое отделение, преобразованное в 1973 году в анестезиолого-реанимационное отделение, которое возглавила Н.А. Завалина. С момента организации в отделении работали врачи Т.А. Комленко, М.В. Галкина, А.А. Тютюльникова, А.В. Матвеев, Г.В. Марьина, Н.П. Горинова. Несколько позднее приступили к работе В.С. Вячкилев, С.А. Шишкин.

Анестезиолого-реанимационная служба организуется в МСЧ № 1 (врачи: И.М. Артемьев, В. Иолес, В.М. Блинов, П.И. Чалый, В.Б. Бусоргин, Л.Г. Сабсай, Ю.А. Дьячков), в МСЧ № 7 (врачи: И.А. Лаптев, Н.А. Сметанина, М.В. Матюгин и др.), в детской хирургии (врачи: Л.А. Абрамов, В.В. Кораблинов, Ф.А. Иванов, Т.К. Данилова, А.М. Жвакин и др.).

Уже в 1975 году все больницы в Ижевске имели подготовленных анестезиологов. Кроме того, анестезиологическая служба была организована и в 18 центральных районных больницах Удмуртии.

В этот период разрабатываются теоретические и практические аспекты эндотрахеального наркоза, кандидатские диссертации защищают В.А. Злобина, П.И. Чалый, Р.Л. Хамитов.

В октябре 1969 года создано республиканское научное общество анестезиологов-реаниматологов, на первом заседании которого присутствовали 12 человек. Председателем общества был избран И.М. Артемьев. С 1974 года председателем общества был канд. мед. наук П.И. Чалый, с 1992 года по 2013 год – канд. мед. наук, доц. А.В. Матвеев. В настоящее время общество объединяет большинство анестезиологов-реанима-

тологов Удмуртии и в качестве регионального отделения входит в состав Федерации анестезиологов-реаниматологов России.

В феврале 1977 года в Ижевске состоялась Всероссийская научно-практическая конференция по анестезиологии-реаниматологии, где были доложены основные результаты работы анестезиологов республики. В настоящее время анестезиологами Удмуртии защищено 13 кандидатских диссертаций.

Преподавание анестезиологии-реаниматологии в медицинском институте начато на кафедре госпитальной хирургии в 1970–1971 учебном году. Первым преподавателем была канд. мед. наук В.А. Злобина. С 1972 года вопросы анестезиологии-реаниматологии преподавал канд. мед. наук П.И. Чалый. Курс анестезиологии – реаниматологии длительное время возглавляет канд. мед. наук, доц. А.В. Матвеев. В различные годы преподавателями работали Р.Л. Хамитов, А.А. Новоселов, С.А. Шишкин, С.С. Моргунов, канд. мед. наук Е.В. Ивашкина. На педиатрическом факультете преподавали канд. мед. наук, доц. А.А. Баранов и канд. мед. наук, доц. В.А. Палагин [7]. С 2010 года подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов проводится на кафедре хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП (зав. кафедрой д-р мед. наук, проф. А.Я. Мальчиков). Преподавателями вновь образованного курса стали канд-ты мед. наук Э.П. Сорокин, А.А. Касаткин, П.М. Тверитнев, В.А. Палагин, А.В. Поздняков, Н.А. Селезнев.

С момента своего образования и до настоящего времени анестезиолого-реанимационная служба непрерывно развивается, укрепляется материально-техническая база, растет численность врачей анестезиологов-реаниматологов, повышается их профессионализм. В лечебных учреждениях созданы специализированные отделения реанимации и интенсивной терапии нейрохирургического, травматологического, акушерского, кардиологического, инфекционного профилей для детей и новорожденных. Активно развивается амбулаторная анестезиология.

В настоящее время в Удмуртской Республике функционирует 55 отделений и групп (бригад) анестезиологии и реанимации, в которых работают 251 врач анестезиолог-реаниматолог и 600 медсестер-анестезистов. При этом укомплектованность врачами кадрами составляет 56,3%

и сестринскими – 73,37%. Ежегодно специалисты проводят свыше 60000 анестезий, оказывают неотложную помощь более чем 24000 пациентам.

Большую роль в организации и развитии службы сыграли главные анестезиологи-реаниматологи республики: В.И. Титов, Г.Ф. Скворцов, Т.И. Малкова, П.И. Чалый, П.М. Тверитнев и Ижевска: П.И. Чалый, С.А. Шишкин, О.В. Швецов.

За короткий промежуток времени анестезиология в Удмуртии прошла путь становления и развития. Благодаря деятельности по внедрению новых технологий подготовки специалистов повысилась эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи в Удмуртской Республике.

Список литературы

1. **Башков, Ю.А.** Перидуральная анестезия в хирургической практике / Ю.А. Башков // Сборник работ госпитальной хирургической клиники. – Ижевск, 1958. – Выпуск I. – С. 8–13.
2. **Башков, Ю.А.** Научная деятельность кафедры госпитальной хирургии. Актуальные аспекты госпитальной хирургии / Ю.А. Башков, В.В. Сумин, Ф.С. Жижин // Сборник научно-практических работ, посвященный 60-летию кафедры госпитальной хирургии ИГМА. – Ижевск: «Экспертиза», 1997. – С. 13–20.
3. **Ворончихин, С.И.** Полвека за операционным столом. (Записки хирурга) / С.И. Ворончихин. – Ижевск: «Удмуртия», 1981. – 220 с.
4. **Ворончихин, С.И.** Научное направление кафедры факультетской хирургии ИГМИ / С.И. Ворончихин // Вопросы клинической хирургии. – Ижевск: «Удмуртия», 1983. – С. 6–16.
5. **Ворончихин, С.И.** Местному обезболиванию – достойное место в хирургии и травматологии / С.И. Ворончихин // Вопросы клинической хирургии. – Ижевск: «Удмуртия», 1983. – С. 16–19.
6. **Зверев, А.И.** Перидуральная анестезия в неотложной хирургии / А.И. Зверев // Сборник работ госпитальной хирургической клиники. – Ижевск, 1958. – Выпуск I. – С. 14–21.
7. **Матвеев, А.В.** Преподавание анестезиологии-реаниматологии на кафедре госпитальной хирургии. Актуальные аспекты госпитальной хирургии / А.В. Матвеев, А.А. Новоселов, С.А. Шишкин // Сборник научно-практических работ, посвященный 60-летию кафедры госпитальной хирургии Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 1997. – С. 20–23.
8. **Одиянков, Г.А.** Наш опыт внутрикостной и внутривенной анестезии при операциях на конечностях / Г.А. Одиянков // Сборник трудов факультетской хирургической клиники. – Ижевск, 1960. – Выпуск I. – С. 16–19.
9. **Скворцов, Г.Ф.** История анестезиологического отделения. Славный юбилей. Первой Республиканской клинической больницы – 50 лет. Ижевскому государственному медицинскому институту – 40 лет. – Ижевск: «Удмуртия», 1975. – С. 75–77.
10. **Скворцов, Г.Ф.** Организация анестезиологической и реанимационной службы в Первой Республиканской клинической больнице / Г.Ф. Скворцов // Вопросы клинической хирургии. Выпуск IV. Труды факультетской хирургической клиники Ижевского мединститута. – Ижевск, 1978. – С. 11–12.

УДК 614.253.4.5:371.134 (410)

Ю.В. Храмова, Н.М. Попова

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

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Храмова Юлия Владимировна – специалист по учебно-методической работе педиатрического факультета ;
Попова Наталья Митрофановна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой.

В Великобритании, как и в других европейских государствах, существует многоуровневая система профессиональной подготовки медицинских кадров. Медицина является одной из самых дорогих специальностей британских вузов. При неуклонно увеличивающейся численности дипломированных специалистов Великобритания испытывает дефицит в квалифицированном медицинском персонале.

Ключевые слова: бакалавриат, магистратура, медицинская практика, докторантура, врач, медицинская сестра

Yu.V. Khramova, N.M. Popova

Izhevsk state medical Academy, Udmurt Republic
Department of public health and health care

TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL IN THE UNITED KINGDOM

Khramova Yulia Vladimirovna – a specialist on educational and methodical work; Popova Natalia Mitrofanovna –
Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department

In the UK, as in other European countries, there is a multilevel system of training of medical personnel. Medicine is one of the most expensive specialties of British universities. While steadily increasing number of graduates, the UK is experiencing shortage of skilled medical staff.

Keywords: undergraduate, graduate, medical practice, doctorate, the doctor, nurse

Гордостью британской нации по праву считается Национальная система здравоохранения (*National Health Service, NHS*). По темпу внедрения инноваций и уровню развития научных исследований в области медицины Соединенное Королевство неизменно входит в десятку мировых лидеров. Университеты Великобритании имеют огромный исследовательский потенциал. В частности, британские ученые-фармацевты открыли и разработали больше лекарств, чем фармацевты любой другой страны, исключая США [33]. Обеспечение должного уровня медицинского обслуживания напрямую зависит от качества образовательной системы. Университеты Великобритании относятся к числу самых престижных учебных заведений мира. Именно Великобритания является родоначальницей общепринятой сегодня структуры высшего образования – бакалавриата и магистратуры. Всемирно признанное качество образования британской высшей школы предопределяет успешность карьеры их выпускников. Высокие требования, предъявляемые британскими вузами к абитуриентам, ограничивают возможности иностранных граждан при поступлении. Тем не

менее в Великобритании в последние десятилетия отмечается неуклонный рост численности студентов из-за рубежа. Доля иностранцев среди студентов медицинских вузов и школ страны составляет около 8 % [5].

Высшее медицинское образование в Великобритании представляют более 30 школ и 10 университетов [5]. Ежегодно 16 вузов страны, занимающие первые позиции рейтингов, выпускают более 6 тыс. дипломированных специалистов [1]. Так, к 2001 году число врачей в Великобритании увеличилось на 6700, медсестер – на 17 100 [31]. За период с 1997 по 2005 год численность докторов возросла на 27 тыс., медсестер – на 79 тыс. [32]. К 2007 году численность медсестер увеличилась на 85 тыс. человек по сравнению с 1997 годом [17]. Однако Великобритания испытывает дефицит в квалифицированном медицинском персонале [28, 29].

Социологический опрос, проведенный группой исследователей Оксфордского университета Тревором Ламбертом (*Trevor Lambert*), Майклом Голдакром (*Michael Goldacre*), Джином Дэвидсоном (*Jean Davidson*) в середине 1990-х годов, выявил, что 85 % выпускников медицинских

вузов страны работают в Национальной системе здравоохранения в течение двух лет после окончания вуза [22, 25]. Доля дипломированных специалистов, работающих в NHS в течение 10 лет после окончания вуза, составляет 82% [22, 25]. В течение 15 лет в Национальной системе здравоохранения остаются 81% медработников [22, 25]. 77% выпускников вузов работают в NHS более 20 лет [22, 25]. Около 4% выпускников медицинских вузов Великобритании являются сотрудниками частных клинических практик, фармацевтических компаний страны, медработниками Британских вооруженных сил, мест лишения свободы [22, 25]. От 6 до 9% медиков, получивших диплом в Великобритании, уезжают работать за рубеж [22, 25]. До 12 % дипломированных специалистов-медиков (0,4–3,6% мужчин и 3,5–12,2 % женщин) работают не по профессии [22, 25].

Согласно мнению председателя Британской Медицинской Ассоциации (*British Medical Association*) Джеймса Джонсона (*James Johnson*), «все страны Западной Европы испытывают недостаток во врачебном и сестринском персонале» [28]. «Только в двух государствах мира – на Кубе и в Эстонии – осуществляется подготовка медицинских кадров сверх потребности» [28].

С конца 1990-х годов вследствие недостатка медиков в Великобритании практикуется большое количество врачей и медицинских сестер из других государств – Индии, арабских стран, стран СНГ. Однако тот факт, что большинство ошибок совершается по вине врачей-иностранцев, не помешал в 2003 году упростить экзамен по английскому языку для медиков, получивших свой диплом за пределами Евросоюза [13].

В Великобритании, как и других европейских государствах, существует многоуровневая система профессиональной подготовки медицинских кадров. Подготовка врачей в Великобритании длится 7–8 лет в зависимости от выбранной специальности [5]. Первой профессиональной степенью, присуждаемой университетами выпускникам, является степень бакалавра (*Bachelor Degree, BD*). Врачам по окончании курса обучения по программам бакалавриата присуждаются степени – бакалавр медицины (*MB*) и ба-

калавр хирургии (*ChB*), которые являются эквивалентными друг другу [3]. Изучение в течение 3–5 лет широкого круга дисциплин по медицине и смежным специальностям предполагает получение общего медицинского образования, не дающего право на самостоятельную врачебную деятельность. Знания и навыки, приобретенные в процессе получения бакалаврского образования, являются основой для следующего этапа обучения.

В рейтинге британских университетов, составленном *Sunday Times* в 2012 году, университет Экзетера занимает почетное 10-е место, а по версии *The Times*, стоит на 12-м месте [11]. Одними из самых дорогих специальностей университета Экзетера, как и других британских вузов, является медицина [11].

Приводим стоимость обучения по программам бакалавриата в университете Экзетера на 2013–2014 учебный год (ф. ст. в год) :

Искусство, гуманитарные и социальные науки (включая бизнес и право), математика (одинарная специализация), география	14 500
Естественные науки и машиностроение, психология и спорт	17 000
Комбинированные программы (естественные дисциплины в комплексе с социальными или гуманитарными дисциплинами)	15 500
Медицина	14 500 – 1 и 2 курсы, 29 000–3 и 4 курсы

По окончании обучения по программе бакалавриата необходимо пройти медицинскую практику («*Foundation*») под руководством лицензированного врача, продолжительность которой зависит от выбранной специальности. Британская программа «*Foundation*» сопоставима с уходящей в прошлое отечественной системой интернатуры, а «*Foundation House Officer*» (врач, имеющий первую медицинскую степень и практикующий под руководством лицензированного врача) по статусу сравним с интерном [3, 5, 18, 20, 30]. С 2005 года обязательным условием для получения разрешения на осуществление врачебной деятельности является наличие степени «*Foundation Doctor*» («*Foundation House Officer*»), заменившей традиционные «*Pre-registration house officer*» и «*Senior (старший) house officer*» [3, 18, 19, 20, 30] (табл. 1).

Таблица 1. Модернизация медицинской практики «Foundation»

Год обучения	Ступени медицинской практики «Foundation» до 2005 года	Ступени медицинской практики «Foundation» после 2005 года
Первый	<i>Pre-registration house officer (PRNO)</i>	<i>Foundation Doctor (FY1 и FY2) – 2 года обучения</i>
Второй	<i>Senior house officer (SNO) – минимум 2 года</i>	
Третий	обучения	

Первый год обучения по программе «*Foundation Doctor*» (*Foundation Year 1, FY1*) направлен на овладение практических навыков по 3–4 специальностям, одной из которых является общая терапия (*General Medicine*) со сроком обучения минимум 3 месяца [18, 19, 20]. До 2007 года обязательным требованием было также прохождение как минимум 3-месячного курса по общей хирургии (*General Surgery*) [18, 19, 20]. Оставшиеся часы могут быть отведены на практическую деятельность по общей терапии, общей хирургии или каким-либо другим специальностям. Второй учебный год по программе «*Foundation Doctor*» (*Foundation Year 2, FY2*) предполагает овладение профессиональными навыками, применимыми ко всем областям медицины, а также дальнейшее совершенствование практических навыков по выбранной специальности: общей терапии, общей хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии, психиатрии и т. д. с уклоном на диагностику и профилактику острых заболеваний [3, 19, 20].

Сертификацией медиков занимается Общий медицинский Совет (*General Medical Council*,

GMC) – государственная структура, созданная еще в 1858 году [3, 5].

Многие британские вузы предоставляют выпускные экспресс-курсы (*General Education Program, GEP*), которые предусматривают получение той же квалификации, что и на бакалавриате (*MB, ChB* и др.), но в сокращенные сроки [5]. Данные образовательные программы выдвигают повышенные требования к абитуриентам, а некоторые из них открыты только для выпускников профильных школ. Однако ряд университетов, таких как *Cambridge, St. George's, Newcastle, Nottingham, Southampton* и *Wales* – предлагают программы *GEP*, которые можно прослушать с дипломом по гуманитарным наукам [5].

Примечательно, что британские университеты по каждой специальности бакалавриата комплектуют статистические данные по трудоустройству выпускников [6, 8, 9, 10] (табл.2). В 2010 году, по данным Службы статистики высшего образования (*HESA*), 95 % выпускников медицинских специальностей успешно трудоустроились в течение полугода после получения диплома [5].

Таблица 2. Характеристика некоторых программ по трудоустройству выпускников-бакалавров медицинских специальностей

Название университета и профессиональной степени	Продолжительность и форма обучения	% безработных через 6 месяцев после выпуска	% выпускников, получивших работу не ниже полученной квалификации
Кембриджский университет (<i>University of Cambridge</i>), бакалавр медицины (<i>Bachelor of Medicine</i>) и бакалавр хирургии (<i>Bachelor of Surgery</i>)	4 года, очная	4 %	88 %
Ливерпульский университет (<i>University of Liverpool</i>), бакалавр медицины (<i>Bachelor of Medicine</i>) и бакалавр хирургии (<i>Bachelor of Surgery</i>)	5 лет, очная	4 %	70 %
Ливерпульский университет (<i>University of Liverpool</i>), бакалавр стоматологической хирургии (<i>Bachelor of Dental Surgery</i>)	4 года, очная	4 %	70%
Университет Западной Англии, Бристоль (<i>University of the West of England, Bristol</i>), бакалавр сестринского дела (<i>Bachelor of Acute Inpatient Care</i>)	4 года – вечерняя /заочная; 1 год – очная	4 %	77 %

Степень магистра медицины является следующей ступенью повышения квалификации для врачей. Обучение магистерским программам составляет один – два года. В целом магистерские программы подразделяются на программы первого высшего образования (уровень *Undergraduate*) и программы последиplomного уровня (уровень *Postgraduate*), именуемые программами второго высшего образования. Магистерские программы последиplomного уровня делятся на учебные программы (*Taught programmes*), учебно-исследовательские (*Research-Taught*), сочетающие в себе обучение и выполнение самостоятельной исследовательской работы, и профессионально-ориентированные программы (*Professional/Practice programmes*) с преобладанием практических форм обучения. Отличительной чертой британской системы высшего образования является большое разнообразие магистерских программ, в том числе и по медицине, стоматологии и смежным специальностям. Заключительной ступенью некоторых магистерских программ является прохождение курса стажировок в различных клиниках по выбранной специальности, продолжительность и характер

обучения которых определяются областью специализации. В таблице 3 представлены примеры магистерских программ по организации здравоохранения и общественному здоровью, предлагаемые ведущими британскими вузами [26].

В настоящее время ввиду реализации передового опыта в области научных исследований большое распространение получают смежные дисциплины, одной из которых является биомедицина. Многие британские университеты предлагают образовательные программы, формирующие теоретические и практические подходы к биомедицине, направленные на подготовку к работе в медицинских лабораториях, проведение исследований в области биомедицины, антропологии, биологии водной среды и др. Стоимость подобных образовательных программ университета Роэмптона и Бирмингемского университета представлена в таблице 4 [7, 27]. Примечательно, что университет Роэмптона (*University of Roehampton*) занимает первое место в Лондоне по трудоустройству выпускников: 92% его выпускников находят работу или продолжают образование в течение 6 месяцев после выпуска [34].

Таблица 3. Магистерские программы по организации здравоохранения и общественному здоровью в вузах Великобритании

Название университета	Название магистерской программы	Срок обучения	Стоимость обучения (ф. ст.)	
			для студентов из Великобритании и ЕС	Для студентов, проживающих за пределами ЕС
Университет Астон (<i>Aston University</i>)	Управление клинической медициной (<i>MSc in Clinical Health Management</i>)	2 года	3 750	6 250
Бирмингемский университет – колледж медицины и стоматологии (<i>University of Birmingham – College of Medical and Dental Sciences</i>)	Экономика здравоохранения и управление здравоохранением (<i>MSc in Health Economics and Health Policy</i>)	1–2 года	5 130	–
Имперский колледж Лондона, бизнес-школа (<i>Imperial College, Business School</i>)	Менеджмент в системе международного здравоохранения (<i>MSc International Health Management</i>)	1 год	17 900	–
Университет Сити Лондон (<i>City University London</i>)	Менеджмент здравоохранения (<i>MSc in Health Management</i>)	1–2 года	12 500	15 500
Университет Сити Лондон (<i>City University London</i>)	Управление здравоохранением (<i>MSc in Health Policy</i>)	1–2 года	7 000	14 000
Королевский колледж Холлоуэй, Университет Лондона, школа менеджмента (<i>Royal Holloway, University of London, School of management</i>)	Психология управления и менеджмент в здравоохранении (<i>MSc Leadership & Management in Health</i>)	1 год	7 000	10 300

Таблица 4. Образовательные программы по биомедицине: бакалавриат (университет Роухэмптон) и магистратура (Бирмингемский университет)

Университет	Название программы	Продолжительность и форма обучения Для граждан Великобритании и ЕС		Стоимость (ф. ст.)	
				Для граждан Великобритании и ЕС	Для граждан других стран
Университет Роухэмптон (<i>University of Roehampton</i>)	Бакалавр биомедицины (<i>Bachelor of Biomedical Sciences</i>)	3 года, очная	4–7 лет, Вечерняя / заочная	8 500	10 950
Бирмингемский университет – колледж медицины и стоматологии (<i>University of Birmingham – College of Medical and Dental Sciences</i>)	Магистратура исследований в области биомедицинских исследований (интегративных и поступательных) (<i>Master of Research in Biomedical Research (Integrative and Translational)</i>)	1–2 года		3 925	

Аспирантские программы в Великобритании также отличаются широким разнообразием по уровню требований и качеству исследовательской работы, соответствуя российской докторантуре. Программы докторантуры подразделяются на традиционные исследовательские программы (*PhD*), программы, сочетающие исследовательскую деятельность с обучением и практическими занятиями (*New Route PhD*), и профессионально-ориентированные программы. Присуждение степени *PhD* возможно также в результате выдающейся практической деятельности (*PhD by Practice*) и на основании весомой научной публикации (*PhD by Publication*).

Образовательные программы по сестринскому делу ориентированы на подготовку медицинских сестер высокого профессионального уровня. Первой ученой степенью, присуждаемой медицинским сестрам, является степень «бакалавр сестринского дела» (*BN*). Одна из главных обязанностей медсестры-бакалавра состоит в обучении пациента и членов его семьи профилактике заболевания, оказанию неотложной медицинской помощи и др. [12, 14, 15, 16]

Наиболее распространенной сферой занятости выпускников по программам бакалавриата «сестринское дело» являются административные должности в органах государственного здравоохранения и социального обеспечения. Высок процент выпускников, трудоустроившихся специалистами в сфере персонального ухода, специалистами начального уровня в сфере здравоохранения и социального обеспечения, а также специалистами начального уровня в сфере бизнеса и финансов [8].

Обучением медицинских сестер в учебных учреждениях и госпиталях могут заниматься медицинские сестры, имеющие степень магистра сестринского дела (*MN*). Выпускникам, прошедшим курс обучения по магистерским программам, предоставляется право выступать в роли преподавателя в клинике, заниматься преподавательской деятельностью в колледже, а также осуществлять подготовку медицинских сестер на уровне бакалавриата. По магистерским программам ведется подготовка не только сестер-педагогов, но и сестер-организаторов. Одной из главных задач магистерских программ является формирование у обучающихся навыков проведения научных исследований [12, 14, 15, 16, 23, 24].

Обучение по программе докторантуры (*Ph.D.*) дает медицинским сестрам право занимать должность преподавателя на уровне магистерских программ. На данный курс обучения принимаются медсестры со степенью магистра. Обучение по программе *Ph.D.* предполагает в конечном итоге выполнение и защиту диссертационной работы. Докторские программы призваны готовить ученых, способных проводить самостоятельную научно-исследовательскую работу в сфере сестринского дела [12, 14, 15, 16, 23, 24].

Особенности системы национального здравоохранения Великобритании исторически обусловили разделение медицинских сестер на следующие специализации:

- *General Nurse* – медсестры общей подготовки по специальностям: хирургия, терапия, кардиология, онкология, гинекология, ортопедия, реанимация и др.;

- *Mental Nurse* – медсестры по уходу за психиатрическими больными;
- *Nurse for Mentally Handicapped* – медсестры по уходу за умственно отсталыми людьми;
- *Sick Children's Nurse* – медсестры по уходу за детьми;
- *Midwife* – медсестры-акушерки [4, 14, 15, 16].

Большинство британских студентов выбирают специализацию общей подготовки, так как она определяет широкий выбор всех основных специальностей [4].

Несмотря на разветвленность системы университетского образования, Великобритания испытывает огромный дефицит в квалифицированных медицинских сестрах [29]. В 2000 году в системе государственного здравоохранения Великобритании насчитывалось 10 000 вакантных мест для сестринского персонала [21]. Британская газета *Daily Mirror* сообщает, что 75% осложнений во время родов связано с недостатком квалифицированных акушерок [14, 16].

Недостаточная укомплектованность государственных медицинских учреждений сестринским персоналом объясняется, прежде всего, неудовлетворительными условиями труда медсестер: отсутствием гибкого графика работы, частичных форм занятости, невысокой оплатой труда [14, 15, 21, 29]. Годовая заработная плата медсестры составляет около 17–19 тыс. ф. ст. в год с учетом налогового вычета [4], заработная плата старшей медсестры составляет в среднем 26 тыс. ф. ст. в год [29]. Для сравнения: в 2011 году средняя заработная плата участкового терапевта составляла более 44 000 ф.ст., а пластического хирурга – 78 000 ф. ст. в год [5].

В Великобритании в последнее десятилетие наблюдается увеличение возраста средних медработников, около половины британских медицинских сестер старше 40 лет [21].

Все медсестры в Великобритании, как отечественные, так и зарубежные, регистрируются в Главном Совете по сестринскому делу и акушерству (*General Nursing and Midwifery Council, NMC*) [4, 14, 15, 16, 21]. В 1999–2000 годы в Совете было зарегистрировано 634 529 средних медицинских работников, 90% из которых являлись женщинами, а 11% принадлежали к этническим меньшинствам [21].

Регистрацию необходимо возобновлять каждые три года. Только после получения регистра-

ции в Совете медсестра может получить работу в больнице. Медсестры, которые проходили обучение в странах Европейского Союза, получают регистрацию автоматически. Для медсестер из других государств, в том числе из Российской Федерации, процесс получения регистрации достаточно длителен и трудоемок [4, 21]. На первом этапе процесс регистрации заключается в оформлении документов, одни из которых заполняются отечественными работодателями медсестры-заявителя (старшая медсестра или заведующий отделением). Часть документов должна быть заполнена администрацией учебного заведения, в котором медсестра-заявитель получила диплом об образовании. После одобрения Советом документов необходимо в течение 2 лет пройти адаптационную программу (практику) в одном из медицинских учреждений Великобритании. Совет учитывает предыдущий стаж работы и определяет срок прохождения курса в индивидуальном порядке. По окончании адаптационной программы медсестра, получив регистрацию в Совете по медсестринству и акушерству, становится полноценным средним медицинским работником. После 4-х лет работы в Англии медсестра, как и любой другой человек, имеет право подавать на *ILR (Indefinite Leave to Remain* – постоянный вид на жительство) [4, 15, 16].

В отличие от систем здравоохранения многих других стран, в том числе и российской, сестринская служба в Великобритании является вполне самостоятельной отраслью, основанной на принципах партнерства с врачами. Работа медицинской сестры считается высококвалифицированным трудом, заслуживающим уважения. Профессионализм среднего медицинского персонала не вызывает сомнений. Подтверждением этому служит тот факт, что обследование на дому граждан пожилого возраста осуществляется главным образом сестринским персоналом.

В 2010 году консервативно-либеральным кабинетом Д. Кэмерона был принят закон, позволяющий британским вузам увеличить стоимость получения высшего образования в три раза. Повышение стоимости обучения было продиктовано необходимостью сокращения на 40% государственного финансирования университетов согласно программе бюджетной экономии [2].

В результате принятия данного законопроекта британские университеты оказались в числе самых дорогих вузов в мире.

Опыт подготовки медицинских кадров в Великобритании представляет интерес для отечественных реформаторов в связи с планируемыми и осуществляемыми Правительством России мероприятиями по модернизации высшей медицинской школы, введению государственных образовательных стандартов нового поколения. Прослеживаются определенные параллели в организации российской и британской системы медицинского образования. Кадровая политика Великобритании по повышению доступности медицинской помощи не удовлетворяет потребности общества: неуклонно увеличивающаяся численность выпускников медицинских специальностей не решает проблемы дефицита медицинских кадров, а стремление повысить качество вузовского образования сопровождается ростом стоимости обучения.

Список литературы

1. **Борисов, К.Н.** Государственная система здравоохранения Великобритании [Электронный ресурс] / К.Н. Борисов, В.А. Алексеев, С.В. Рожецкая // Росмедпортал. – 2011. – Т. 2. – Режим доступа: http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id, свободный. – Загл. с экрана.
2. Британский парламент принял закон о повышении платы за высшее образование. 15 декабря 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://old.zerich.com/news/prime-tass/hl/93780/>, свободный. – Загл. с экрана.
3. Высшее образование в Англии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.academconsult.ru/?control=pages&action=view_page&n=1099&print=1, свободный. – Загл. с экрана.
4. Как стать медицинской сестрой в Великобритании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ldkgroup.kz/index.php?option=com_content&task=view&id=286&Itemid=156, свободный. – Загл. с экрана.
5. **Масленко, М.** Медицина в Великобритании – самый этичный способ зарабатывать на здоровье [Электронный ресурс] / М. Масленко. – Режим доступа: <http://dec-edu.com/ar-142.html>, свободный. – Загл. с экрана.
6. О программе BDS Dental Surgery (graduate entry), Ливерпульский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/course/university-of-liverpool/dental-surgery-graduate-entry>, свободный. – Загл. с экрана.
7. О программе BSc (Hons)/BSc (Hons) Biomedical Sciences, Университет Роэкхэмптон [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/course/roehampton-university/biomedical-sciences>, свободный. – Загл. с экрана.
8. О программе BSc (Hons) / BSc (Hons) Mental Health (Acute Inpatient Care), Университет Западной Англии, Бристоль [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/course/bristol-university-of-the-west-of-england/mental-health-acute-inpatient-care>, свободный. – Загл. с экрана.
9. О программе MB BChir Medicine, Кембриджский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/course/university-of-cambridge/medicine-mb-bchir>, свободный. – Загл. с экрана.
10. О программе MB ChB Medicine and Surgery, Ливерпульский университет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/course/university-of-liverpool/medicine-and-surgery>, свободный. – Загл. с экрана.
11. Образование в Англии. Бакалавриат и магистратура от топового University of Exeter [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.globalstudy.ru/1/10/499/obrazovanie-v-anglii-university-of-exeter>, свободный. – Загл. с экрана.
12. **Павленко, Т.Н.** Сестринское образование и подготовка преподавателей сестринского дела за рубежом / Т.Н. Павленко // Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров. – М., 2003. – С. 72 – 88.
13. Спасет ли тюрьма от врачебных ошибок? // Известия науки. – 2003. – 24 ноября. – Сведения доступны также по Интернет: <http://www.mednovosti.ru>.
14. **Храмова, Ю.В.** Национальная система здравоохранения Великобритании: особенности реформ лейбористского правительства Э. Блэра (1997 – 2005): учебное пособие / Ю.В. Храмова, Н.М. Попова. – Ижевск, 2006. – 24 с.
15. **Храмова, Ю.В.** Опыт подготовки сестринских кадров в Великобритании / Ю.В. Храмова, Н.М. Попова // Главная медицинская сестра. – 2008. – № 10. – С. 139 – 143.
16. **Храмова, Ю.В.** Состояние сестринской службы в Великобритании на современном этапе // Эффективность управления сестринскими кадрами и подготовка менеджеров в медицинском ВУЗе: материалы межрег. научно-практ. конф., 17 марта 2006 г., Ижевск. – Ижевск, 2006. – С. 41 – 44.
17. Chancellor's Budget Report to the House of Commons. Building Britain's long-term future: Prosperity and fairness for families. 21 March 2007 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100407010852/http://www.hm-treasury.gov.uk/bud_bud07_index.htm, свободный. – Загл. с экрана.
18. Encyclopedia.Foundation.House Officer [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nationmaster.com/encyclopedia/Foundation-House-Officer>, свободный. – Загл. с экрана.
19. Foundation doctor [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Foundation_doctor, свободный. – Загл. с экрана.
20. Foundation House Officer [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://en.academic.ru/dic.nsf/enwiki/3963890>, свободный. – Загл. с экрана.
21. **Finlayson, B.** Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage / B. Finlayson [and others] // British Medical Journal. – 2002. – 7 September.
22. **Goldacre, M.** Retention in the British National Health Service of medical graduates trained in Britain: cohort studies / Michael J Goldacre, Jean M Davidson, Trevor W Lambert // British Medical Journal. – 2009. – Vol. 338. – Сведения доступны также по Интернет: http://www.bmj.com/highwire/filestream/359109/field_highwire_article_pdf/0.pdf.

23. **Kirk, S.** The changing academic role of the nurse teacher in the United Kingdom / S. Kirk, C. Carlisle, K. Luker // J.Adv.Nurs. – 1996. – Vol. 24. – № 5. – P. 1054–1062.

24. **Kirk, S.** The implications of Project 2000 and the formation of links with higher education for the professional and academic needs of nurse teachers in the United Kingdom / S. Kirk, C. Carlisle, K. Luker // J.Adv.Nurs. – 1997. – Vol. 26. – № 5. – P. 1036–1044.

25. **Lambert, T.W.** Doctors who qualified in the United Kingdom in 1988: career destinations seven years on / T. W. Lambert, M. J. Goldacre // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 317. – P. 1429–1431.

26. Master in Health care in UK [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.masterstudies.com/Masters-Degree/Health-Care-Management/UK/>, свободный. – Загл. с экрана.

27. Master of Research in Biomedical Research (Integrative and Translational). University of Birmingham [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.masterstudies.com/Master-of-Research-in-Biomedical-Research-\(Integrative-and-Translational\)/UK/MDC/](http://www.masterstudies.com/Master-of-Research-in-Biomedical-Research-(Integrative-and-Translational)/UK/MDC/), свободный. – Загл. с экрана.

28. **Pallot, P.** Doctors sick of an unhealthy situation / Peter Pallot // The Telegraph. – 2005. – 18 April. – Сведения до-

ступны также по Интернет: <http://www.telegraph.co.uk/health/expathealth/4195894/Doctors-sick-of-an-unhealthy-situation.html>.

29. **Revill, J.** Agencies drain NHS cash / Jo Revill // The Observer. – 2003. – 2 February.

30. Senior House Officer [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Senior_house_officer, свободный. – Загл. с экрана.

31. The Labour Party Manifesto 2001. Ambitions for Britain [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.labour-party.org.uk/manifestos/2001>, свободный. – Загл. с экрана.

32. The Labour Party Manifesto 2005. Britain forward not back [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/13_04_05_labour_manifesto.pdf, свободный. – Загл. с экрана.

33. The Pharmaceutical sector in the UK [Электронный ресурс] // The National Archives. – 2008. – 8 August. – Режим доступа: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dti.gov.uk/sectors/biotech/pharmaceutical/page10219.html>, свободный. – Загл. с экрана.

34. University of Roehampton [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.educationindex.ru/institution/roehampton-university#1>, свободный. – Загл. с экрана.

УДК 338.45:61:625

А.А. Хрупалов

Городская клиническая больница № 71 МЗ РФ, Москва

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОАО «РЖД»

Хрупалов Андрей Александрович – директор городской клинической больницы № 71

В современных условиях реструктуризации здравоохранения в системе ОАО «РЖД» необходимо чётко анализировать экономический вклад каждого из подразделений медицинской организации. В этой связи проведён экономический микроанализ деятельности негосударственных учреждений здравоохранения (НУЗ) ОАО «РЖД».

Ключевые слова: экономика, поликлиника, стационар, заработная плата, медицинские работники.

A.A. Khrupalov

Municipal Clinical Hospital № 71, Moscow

ASSESSING ECONOMIC ACTIVITY OF PRIVATE MEDICAL INSTITUTIONS OF THE OPEN JSC «RUSSIAN RAILWAYS»

Khrupalov Andrey Alexandrovich – Director of Municipal Clinical Hospital №71, Moscow

Under present conditions of restructuring health care service in the open JSC «Russian Railways» it is necessary to analyse economic contribution of every unit of a medical institution. For this reason we carried out economical microanalysis of the activities of private medical institutions of the open JSC «Russian Railways».

Key words: economics, out-patient department, in-patient department, salary, medical practitioners

В современных условиях реформирования здравоохранения возрастает роль экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения системы ОАО «РЖД», что обусловлено спецификой негосударственных учреждений здравоохранения (НУЗ), ориентированных на баланс медицинской и финансовой успешности в работе, особенно в период чрезвычайных ситуаций [1, 2, 3].

В настоящее время большое значение приобретает анализ показателей, характеризующих

финансовое положение лечебно-профилактических учреждений, а оценка источников доходов при этом должна определять направления поиска улучшения деятельности стационара.

Обращаемость пациентов за медицинской помощью и уровень необходимой госпитализации в значительной степени определяют затраты на лечение и содержание больницы.

Материалы и методы. Источниками финансирования рассматриваемых НУЗ (НУЗ «Дорожная клиническая больница имени Н.А. Семашко

на ст. Люблино ОАО «РЖД», НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО «РЖД») являются ТФОМС и внебюджетные средства (средства ОАО «РЖД» и доходы от иной предпринимательской деятельности). Отмечено, что в течение последних пяти лет наблюдается уменьшение доли финансирования из средств ТФОМС, но одновременно с этим идёт увеличение доли средств, поступающих от страховых компаний системы ДМС и от частных лиц.

Результаты и обсуждения. В данной работе группировка расходов по кодам (статьи затрат) осуществлена, исходя из принципа разделения на лечебно-диагностический процесс и обслуживание пациентов – то есть на основную и обеспечивающую деятельность.

В современных условиях в НУЗ на первый план выходят стоимостные показатели деятельности по характеристикам лечебно-диагностического процесса в стационаре: средняя стоимость лечения и содержания больного, средняя стоимость одного дня пребывания пациента в стационаре, средняя стоимость содержания одной койки в год (табл. 1).

В условиях реформирования системы ОАО «РЖД» серьезное внимание должно уделяться развитию персонала, использованию его как одного из важнейших ресурсов доступного для оптимизации. Один из резервов, используемый для этого – сокращение управленческого персонала [3, 4]. Опыт показывает, что его численность существенно отражается на структуре распределения финансовых средств.

Таблица 1. Показатели, характеризующие использование коечного фонда НУЗ

Показатель, дни	2010	2011	2012
Количество коек	168	146	123
Койко-дни	51538	47110	38923
Работа койки в году	306,8	322,7	324,6
Оборот койки	24,9	22,8	22,1
Простой койки	33,2	17,3	15,4
Средняя длительность пребывания больного на койке	12,2	14,7	14,7
Фактические расходы на 1 койко-день, руб.	724,1	970,4	1620,2

Численность медицинских работников НУЗ ОАО «РЖД» в различных подразделениях составила (в % к итогу):

руководящее звено	7,7
общепольничное подразделение	14,9
вспомогательное подразделение	8,2
амбулаторно-поликлиническое подразделение	35,0
стационар	17,2
подразделения оказания платных медицинских услуг	5,3
прочие	11,7

Данные показывают, что доля руководящего звена в общей численности персонала НУЗ незначительна.

Расходы по стационару учитывают прямые расходы, расходы параклинических и общепольничных служб. В табл. 2 представлено распределение финансовых средств по статьям затрат в стационаре.

Таблица 2. Распределение финансовых средств по статьям затрат в стационаре, %

Статья затрат	2009	2010	2011	2012
Оплата труда	38,9	41,2	44,5	51,2
Начисления на заработную плату	12,7	14,5	15,0	11,5
Канцелярские товары	0,2	0,2	0,3	0,1
Медикаменты	21,0	18,5	15,1	10,0
Мягкий инвентарь	1,0	0,7	0,7	0,2
Питание	3,3	2,8	2,4	1,9
Транспорт	0,2	0,2	0,2	0,3
Связь	0,5	0,5	0,4	0,4
Коммунальные услуги	6,2	5,8	5,5	2,4
Командировки	0,4	0,4	0,3	0,6
Текущий ремонт оборудования	3,4	3,1	5,0	9,3
Капитальный ремонт	–	–	–	2,2
Прочие расходы	9,4	9,7	8,8	8,1
Сумма косвенных расходов	2,8	2,3	1,8	1,8
ВСЕГО	100,0	100,0	100,0	100,0

В условиях реформы здравоохранения большая часть нагрузки в оказании медицинской помощи населению переходит на амбулаторную службу, в связи с чем требуется тщательный анализ вклада амбулаторной и стационарной помощи в обеспечение эффективной работы больницы.

Как показало исследование, в последние годы увеличился рост доходов как в первичном звене здравоохранения, так и в условиях стационара, однако темпы прироста более выражены в поликлиническом звене (табл. 3).

Таблица 3. Соотношение заработной платы медицинского персонала поликлинического звена и стационара за период 2009–2012 гг., %

Подразделение	2009	2010	2011	2012
Стационар	54,0	53,7	48,8	50,7
Поликлиника	46,0	46,3	51,2	49,3

Выявленная тенденция в росте заработной платы среди медицинских работников поликлинического звена и явное отставание темпов роста в стационаре, несомненно, будет тормозить дальнейшее развитие НУЗ, в частности, внедрение инновационных механизмов, позволяющих улучшить работу стационара, особенно хирургических отделений, а также оптимизацию использования его коечного фонда.

Учитывая основную задачу НУЗ – обеспечение качества медицинских услуг и рентабельность деятельности, в ходе работы был оценён потенциал «заработка» в поликлинике и стационаре.

В исследуемый период поликлиника продолжала работу по программе ТФОМС. Стоимость одного посещения по ОМС составила 92 руб. 24 коп. Общее поступление средств по ОМС в 2012 г. составило более 9 млн руб. За проведенную профилактическую работу (профосмотры, предрейсовые осмотры) и другие виды медицин-

ской помощи поликлиника заработала более 40 млн руб. Разница между доходами и расходами составила 3420 тыс. руб., что свидетельствует об экономической эффективности работы поликлиники. За этот период по ОМС стационаром «заработано» более 10 млн руб. Стоимость койко-дня по ОМС составила 531,36 руб., стоимость лечения больного по ОМС – 3606,04 руб. Всего стационар выполнил медицинских услуг на сумму более 41 млн руб.

Тем не менее, несмотря на все сложности в работе, стационар достиг определенной эффективности. Разница между доходами и расходами составила 2108 тыс. руб.

Выводы. Таким образом, необходимо пересмотреть систему оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО «РЖД» с целью повышения не только её качества, но и экономической эффективности. Необходим поиск возможностей оптимизации хирургической помощи в НУЗ, что будет способствовать расширению форм работы хирургических отделений стационара, в частности, необходимо шире использовать такие стационарзамещающие технологии, как стационар на дому и дневной стационар.

Список литературы

1. Сквирская, Г.П. О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению / Г.П.Сквирская // Здравоохранение. – 2000. – № 1. – С. 5–10.
2. Слободенюк, Н.И. Анализ деятельности дневного стационара/ Н.И.Слободенюк, И.Ю.Кабанов // Организация здравоохранения: проблемы и решения. – Екатеринбург, Челябинск, Тюмень, 2002. – Вып.3. – С. 236–238.
3. Правовые основы и методы формирования муниципальных заказов и планов – заданий медицинским учреждениям на предоставление государственных, муниципальных медицинских услуг/Р.А.Хальфин [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 23–35.
4. Херманн-Пиллат, К. Социальная рыночная экономика как форма цивилизации / К.Херманн-Пиллат // Вопросы экономики. – 1999. – № 12. – С. 34–44.

УДК 614.21:339.13

А.Ж. Степанян

Клиника ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Степанян Алексан Жораевич – соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России.

В статье дано обоснование необходимости перехода на новые формы оказания медицинской помощи населению на примере консультативно-диагностического отделения поликлиники и стационара с учётом социально-гигиенического портрета потребителя рынка платных медицинских услуг и помощи, оказываемой по системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: ОМС, ДМС, маркетинг здравоохранения, социологическое исследование, медицинская помощь.

A.Zh. Stepanyan

Clinic of Burnazyan Federal Medical Biophysical Centre, Moscow

USING MARKETING RESEARCH TO OPTIMIZE THE ACTIVITY OF MEDICAL INSTITUTIONS

Stepanyan Alexan Zhorayevich – Postgraduate Student of the Department of Public Health and Health Care Service of the Institute of Postgraduate Professional Education of Burnazyan Federal Medical Biophysical Centre

The article proves the necessity of transition to new forms of providing medical care for the population. It is exemplified by the work of the consultative diagnostic department of a polyclinic and a hospital that take into account social and hygienic profile of the consumer of paid medical services and the care provided in the system of compulsory medical insurance.

Key words: compulsory medical insurance, voluntary medical insurance, public health marketing, sociological study, medical care.

Введение. Современный этап реформирования здравоохранения направлен главным образом на совершенствование управления отраслью в целом и планирования, в частности [1, 2, 3]. В последнее десятилетие на этапе реформирования отечественного здравоохранения наряду с государственной (бюджетной) системой финансирования медицинских учреждений сформировались бюджетно-страховая модель и система добровольного медицинского страхования, в результате чего вопросы медицинского страхования в развитии здравоохранения приобретают особое значение [2, 3, 4].

Переход здравоохранения на бюджетно-страховую форму предполагает обеспечение дополнительного финансирования здравоохранения при условии всеобщей бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством в сфере охраны здоровья граждан. Однако в настоящее время финансовые средства, выделяемые учреждениям здравоохранения, не отражают потребностей отрасли, а определяются возможностями субъектов федерации и муниципальных образований.

Серьезной проблемой в области финансирования медицинской организации является технология сбора соплатежей населения. К одной из таких форм относится оформление договора добровольного медицинского страхования в момент обращения пациента за медицинской помощью.

Одним из видов нарушения технологии приема соплатежей (платные услуги) является создание коммерческих фирм-сателлитов при лечебном учреждении. При этом фирма принимает средства от населения по рыночной цене, а возмещает расходы лечебного учреждения по себестоимости. Разница этих платежей остается у фирмы и подлежит распределению между ее сотрудниками. Особенно часто такая форма распространена

при оказании высокотехнологичной помощи в научных центрах клинического профиля [3, 4].

Материалы и методы. Изучение возможности применения маркетинговых исследований для оптимизации деятельности муниципальных медицинских учреждений проводилось на базе консультативно-диагностических отделений ГКБ № 64, № 20 и городской поликлиники № 12 г. Москвы.

Результаты и обсуждение. В системе добровольного медицинского страхования определяющим фактором формирования рынка является потребность в специализированных видах медицинской помощи и продажа востребованного набора медицинских услуг.

В системе обязательного медицинского страхования на формирование рынка медицинских услуг существенное влияние оказывает распространенность неинфекционных заболеваний среди населения данной территории, возрастной состав, качественные показатели лечебно-профилактической помощи в медицинских учреждениях. В этой связи представляет интерес изучение социального портрета застрахованных лиц и их отношение к современным изменениям в здравоохранении.

Распределение пациентов по возрасту и полу застрахованных по программам обязательного и добровольного медицинского страхования несколько отличаются (табл. 1). Это обусловлено тем, что по программе обязательного медицинского страхования медицинскую помощь получает всё население. Состав пациентов, получающих медицинскую помощь по программам добровольного медицинского страхования, определяется востребованностью в дополнительных видах медицинской помощи со стороны граждан или компаний, имеющих возможность выделения дополнительных финансовых средств на добровольное страхование.

Таблица 1. Распределение по полу и возрасту пациентов, прикрепленных к консультативно-диагностическому отделению поликлиники и стационара по программам ОМС и ДМС в 2012 году, %

Возраст, лет	ОМС			ДМС		
	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины
до 20	20,8	23,1	19,3	3,1	2,8	2,1
21–30	14,5	17,1	14,4	9,6	8,5	9,1
31–40	13,2	15,5	12,7	32,1	35,2	25,8
41–50	16,4	16,0	15,1	34,8	36,6	40,6
51–60	16,4	16,9	15,0	13,4	11,3	16,8
61–70	10,1	8,5	14,4	5,4	2,2	3,1
70 и старше	8,7	2,9	9,1	1,6	3,4	2,5
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди прикрепленного контингента консультативно-диагностического отделения по программе обязательного медицинского страхования мужчины составляют 43,2%, женщины – 66,8%. Число пациентов трудоспособного возраста составляет 62,5%. Среди общего числа пациентов, прикрепленных к консультативно-диагностической поликлинике, медицинскую помощь по программам добровольного медицинского страхования получают только 2,1% пациентов, из них лица трудоспособного возраста составляют 90,5%. При обязательном медицинском страховании распределение застрахованных лиц фактически соответствует половозрастной структуре населения территории в отличие от добровольного медицинского страхования. Удельный вес пациентов различного пола и возраста определяется платежеспособностью населения и корпоративным страхованием сотрудников предприятий и организаций.

По данным нашего исследования, основными потребителями медицинских услуг как по программе обязательного медицинского страхования, так и по программам добровольно-

го медицинского страхования являются жители города Москвы (94,5%). На долю пациентов из Московской области приходится 5,5% (табл. 2).

Данные, приведенные в таблице 3, свидетельствуют о преобладании в составе контингента консультативно-диагностической поликлиники категории «работники наемного труда», которые прикреплены как по программе обязательного медицинского страхования, так и по программам добровольного медицинского страхования. Удельный вес пенсионеров и лиц, не занятых на производстве (учащиеся, студенты), получающих медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования, составляет 33,2%, а удельный вес этой категории пациентов среди прикрепленных по программам добровольного медицинского страхования составляет менее 1%. Категория «предприниматели» получают медицинскую помощь в консультативно-диагностической поликлинике преимущественно по программе добровольного медицинского страхования (почти 1/3 от числа всех прикрепленных по программам добровольного медицинского страхования).

Таблица 2. Распределение потребителей медицинских услуг КДО поликлиники и стационара по месту проживания, %

Место проживания	ОМС			ДМС		
	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины
Москва	80,2	82,4	84,3	87,3	89,0	89,5
Московская область	19,8	17,6	15,7	12,7	11,0	10,5
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3. Социальный состав потребителей медицинских услуг консультативно-диагностического отделения поликлиники и стационара, %

Социальная группа	ОМС			ДМС		
	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины
Предприниматели	4,2	4,8	3,9	28,1	29,8	25,3
Работники социальной сферы	62,6	68,1	60,4	67,2	66,4	69,0
Пенсионеры	20,4	18,5	22,3	4,1	3,3	5,0
Лица, не занятые в производстве	12,8	9,6	13,4	0,6	0,5	0,7
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Выводы. Таким образом, обязательное медицинское страхование является способом социальной защиты населения в области охраны здоровья, когда финансовые средства фонда распределяются в зависимости от объема медицинской помощи, оказываемой в лечебно-профилактическом учреждении и каждым врачом.

Практика реализации обязательного страхования при отсутствии методик привела к замещению бюджетного финансирования учреждений здравоохранения средствами обязательного медицинского страхования. Внедрение обязательного медицинского страхования решило практически одну из задач, а именно – осуществление оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества медицинских услуг, предоставленных населению. Остается нерешенной задача оптимизации расходов средств обязательного медицинского страхования в учреждениях здравоохранения.

В системе добровольного медицинского страхования для обеспечения эффективной деятельности негосударственных коммерческих медицинских организаций и их финансовой устойчивости широко применяются маркетинговые исследования рынка медицинских услуг.

В управлении деятельностью муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений подобное исследование не осуществляется, так как нет необходимости конкурентного привлечения контингента. Однако изучение параметров рынка медицинских услуг может обеспечить прогнозирование объема поступающих финансовых средств из фонда обязательного медицинского страхования и совершенствовать организационно-функциональную структуру учреждения для более полного удовлетворения населения гарантированными видами медицинской помощи.

Список литературы

1. **Азаров, А.В.** Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений/ А.В.Азаров // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 2–3. – С. 29–31
2. Добровольное Медицинское Страхование / С.Г. Акерман [и др.] (Всероссийский Союз Страховщиков). – М.: Российский юридический издательский дом, 1995. – 118 с. – (Серия «Страховое дело»)
3. **Акопян, А.С.** Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения / А.С.Акопян. // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 5–6 (84). – С. 10–18.
4. **Гасников, В.К.** О методических проблемах развития информатизации и управления в здравоохранении / В.К. Гасников // Врач и информационные технологии. – 2004. – № 1. – С. 4–11.

УДК 614.1(1-22)(470.67)

П.Б. Абдурашидова

Республиканский дом ребёнка МЗ РД, г. Махачкала, Республика Дагестан

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Абдурашидова Патимат Багандалиевна – главный врач ГКУ

Проведено социологическое исследование в Республике Дагестан для изучения состояния здоровья, образа жизни сельского населения. Республика Дагестан характеризуется недостаточной обеспеченностью ресурсами, низким социально-экономическим развитием и прогрессивным характером воспроизводства населения, низким уровнем медицинского обеспечения, особенно выраженным в сельской местности, где проживает 58,3 % коренного населения республики.

Ключевые слова: состояние здоровья, удовлетворенность качеством, медицинская помощь.

P.B. Abdurashidova

Republic Children's Home, Makhachkala

HEALTH CONDITION AND LIFE QUALITY SATISFACTION OF THE RURAL POPULATION IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Abdurashidova Patimat Bagandaliyevna – Head doctor of the Republic Children's Home, Makhachkala

A sociological study carried out in the Republic of Dagestan was aimed at investigating health condition and life style of the rural population. The Republic of Dagestan is characterised by insufficient provision with the resources, low social and economic development, progressive reproduction of population and low level of medical care which is particularly marked in rural areas, where 58.3 % of native population reside.

Key words: health condition, quality satisfaction, medical care.

Республика Дагестан (РД) характеризуется высоким показателем рождаемости – 15,4 на 1000 населения (РФ – 10,2) и высоким показателем младенческой смертности – 12,3 на 1000 родившихся живыми (РФ – 11,0). Показатель естественного прироста в РД (+9,6), в РФ (–5,9). Обеспеченность врачами в РД составила 32,6 на 10 тыс. населения (РФ – 43,2; в Южном федеральном округе – 38,5), показатель укомплектованности врачами 89,4% (РФ – 93,6) [1,2].

Учитывая высокий уровень заболеваемости детей, в том числе хроническими формами болезней, чрезвычайно важным является обеспечение доступности квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе [3, 4].

Материалы и методы. Исследование проводилось в центральных районных больницах (ЦРБ), сельских врачебных амбулаториях (СВА), фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) 3 сельских районов республики, расположенных в зонах с разной доступностью медицинской помощи (горной, предгорной, равнинной). Социологические опросы проводились по специально разработанной нами анкете, включающей 80 вопросов.

В ходе исследования путем социологического опроса был изучен образ жизни сельского населения в РД. Всего анкетированием было охвачено 1200 человек взрослого населения сельских районов, из них 42,1% составили мужчины, 57,9% – женщины.

Результаты и обсуждения. Результаты опроса показали, что 82,2% опрошенных респондентов состояли в браке, 8,4% были вдовы, 7,1% не состояли в браке, 2,3% были разведены.

Социальный статус респондентов: 30,9% – рабочие, 20,1 – служащие, 7,5 – инвалиды, 29,1 – безработные, 8,1 – пенсионеры, 4,2% – учащиеся. Среди опрошенных ни один человек не ответил, что является фермером или занимается другой предпринимательской деятельностью.

Социологический опрос показал, что удовлетворены своей жизнью 24,1% опрошенных, относительно удовлетворены – 30,8%, не удовлетворены – 45,1%.

На вопрос в анкете «Есть ли у Вас дети?» положительно ответили 91,9% респондентов. При этом большая часть опрошенных (58,1%) хотели иметь 5 и более детей, 28,4% – 3 детей и лишь 7,8% – 1 ребенка. Причины, которые помешали иметь желаемое количество детей, по мнению респондентов, следующие: 78,2% (к числу опрошенных) – тяжелые материальные условия, 11,9 – состояние здоровья, 9,4 – взаимоотношения в семье, 8,3 – плохие жилищные условия, 2,3 – стремление к профессиональному росту и 0,7% – трудности с устройством детей в ясли-сад.

В процессе исследования нами была изучена транспортная доступность медицинской помощи. В равнинной зоне автобус является основным видом транспорта для 54,1% селян, своя машина и попутный транспорт – для 32,2%, пешком до ЦРБ добирались 13,7% опрошенных. Для селян, живущих в предгорной зоне, основным видом транспорта является автобус – 39,7%, на собственной машине и попутным транспортом добирались 32,9%, пешком – 9,7%. Жители горных районов в 3/4 случаев добирались на автобусе, около 1/4 – на своей машине и попутном транспорте, и только 2,1% опрошенных добирались до ЦРБ пешком.

Анкетирование установило, что время в пути до ЦРБ для 11% жителей равнинной зоны составило от 10 до 20 минут, около 1/4 добирались от 20 до 30 минут, 24,1% от 30 до 40 минут, 39,0% от 40 минут и более часа.

Жители предгорной зоны на дорогу затрачивали от 10 до 20 минут – 15,1%, от 20 до 30 минут – 10,3%, от 30 до 40 минут – 13,4%, от 40 минут и более часа – 59,2%.

Жители горной зоны тратили на дорогу до ЦРБ от 10 до 20 минут – 1,7%, от 20 до 30 минут – 2,6%, от 30 до 40 минут – 11,4%; 84,3% опрошенных добирались до ЦРБ от 40 минут и более часа.

Социологические опросы показали, что для 61,9% жителей села транспортные расходы на дорогу до ЦРБ относительно дороги, для 35,1% не слишком дороги, и 3,2% респондентов ответили, что транспортные расходы для них непосильно дороги. При этом 21,3% селян, проживающих в горных зонах, указали, что стоимость дороги до ЦРБ для них непосильно дорога.

В процессе исследования жители села оценивали состояние своего здоровья: 27,6% респондентов оценили его как хорошее, 71,5% – как плохое, 10,9% – очень хорошее. При этом мужчины значительно ниже, чем женщины, оценили состояние своего здоровья. Так, в возрасте 30–39 лет 7,8% опрошенных женщин оценили свое здоровье как плохое, в возрасте 40–49 лет – 11,6%, в возрасте 50–59 лет – 8,8%, в возрасте 60 лет и старше – 21,1%. Среди мужчин эти показатели составили 26,1; 12,0; 11,3 и 24,1% соответственно.

Анализ показал, что 43,9% опрошенных мужчин и 40,3% женщин связали негативную оценку своего здоровья с качеством их жизни. На загруженность на работе указали 39,5% мужчин и 18,8% женщин.

Жизненные трудности жители села связывали с ведением домашнего хозяйства – 11,5% мужчин и 43,5% женщин. Негативным фактором сельских мужчин явилось злоупотребление алкоголем (13,1%). На тот же фактор указали 2,1% сельских женщин. Состояние здоровья членов своей семьи беспокоило 3,8% мужчин и 9,5% женщин.

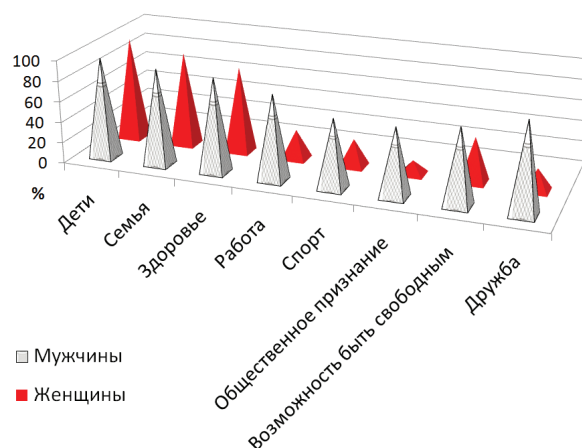
В числе жизненных приоритетов для мужчин 97,5% (к числу опрошенных) считали детей, 93,1% – семью, 91,1% – здоровье. Сочли работу самым важным жизненным приоритетом 82,2% мужчин. Занятия спортом только 1/3 опрошенных мужчин не включили в список приоритетов. Общественное признание не оказалось в числе жизненных приоритетов 34,1% сельских мужчин. При этом 73,4% мужчин на селе в числе жизненных приоритетов выделили возможность быть свободным, а для 87,0% важной была дружба.

В числе жизненных приоритетов женщины выделили детей – 99,6%, семью – 91,3%, здоровье – 83,2%. Работу самым важным жизненным приоритетом сочли только 28,4% опрошенных женщин. По мнению женщин, физкультура и спорт не являлись полезным занятием, 26,2% опрошенных свои надежды связывали с оказанием им качественной и своевременной медицинской помощи. Общественное признание не оказалось в числе жизненных приоритетов у 13,2% сельских женщин. В отличие от мужчин дружба для женщин не имела большого значения, а возможность быть свободной не оказалась в числе жизненных приоритетов у 43,5% сельских женщин (см. рис.).

Результат социологического опроса показал, что здоровье 40,1% респондентов за истекшие 4 года (2008–2011 гг.) не изменилось. 43,6% указали, что оно стало хуже, улучшение своего здоровья отметили 8,3% опрошенных. Улучшение самочувствия отметили 1/3 респондентов, связав его с проведенным лечением, 40,1% – со здоровым образом жизни и 27,8% – с улучшившимся медицинским обслуживанием и его доступностью. Определенную роль в улучшении медицинского обеспечения жителей села оказал приоритетный национальный проект «Здоровье».

Социологические опросы селян показали, что в случае болезни за ними осуществляют уход семья, друзья и другие родственники (86,3% респондентов), медицинские работники (6,7%), и 7,0% указали, что они одиноки в случае болезни и им никто не помогает.

Из всех опрошенных на одиночество и отсутствие помощи указали 2,8% мужчин и 4,2% женщин.



Распределение жизненных приоритетов селян в зависимости от пола.

При изучении частоты потребления алкоголя выяснилось, что из опрошенных мужчин 20,3% употребляют алкоголь редко и только по праздникам, доля таких женщин составила 83,5%; 2–3 раза в неделю употребляли алкоголь 73,7% опрошенных мужчин и 14,3% женщин; каждый день – 6,0% мужчин и 2,2% женщин.

Мужчины, употребляющие крепкие спиртные напитки (такие как водка и самогон), составили 19,6%, пиво – 21,4%, вино (как покупное, так и домашнее) – 55,4%, суррогатные спиртные напитки – 1,8%. Женщины, пьющие крепкие спиртные напитки, составили 3,5%, пиво – 9,6%, вино (как покупное, так и домашнее) – 86,8%, суррогатное спиртное – 0,1%.

Причинами частого потребления алкоголя респонденты считали: отсутствие работы (40,1% к числу опрошенных), состояние безысходности (7,6%), отсутствие культурно-массовых мероприятий, досуга (3,2%), безнаказанность со стороны руководителей (7,8%), наследственность (5,3%), тяжелый физический труд, требующий ежедневного расслабления (12,4%) и дружеские отношения с односельчанами (12,1%). При этом 11,5% сельских жителей потребляли алкоголь без какой-либо причины.

Мнение опрошенных по поводу изменений в употреблении ими алкоголя за 3 последних года: 46,1% считали, что как пили, так и пьют; 29,3% респондентов отметили, что пить стали больше; 7,9% – пить стали меньше, и 16,1% респондентов затруднились с ответом.

В числе поведенческих факторов риска, обусловленных образом жизни, следует особо отметить курение. Курящими оказались 68,3% опрошенных мужчин и 2,7% женщин.

Курящие мужчины выкуривали в сутки менее 10 сигарет – 43,1%, 10–20 сигарет – 38,3%, более пачки – 18,6%. Среди курящих женщин 68,3% выкуривают в сутки менее 10 сигарет, 28,6% от 10 до 20 сигарет, 3,1% – более пачки.

Социологические опросы установили, что из числа опрошенных курильщиков 81,3% готовы снизить количество выкуриваемых сигарет и количество потребляемого алкоголя (81,5% опрошенных), если улучшится качество их жизни. Ради повышения своего материального благопо-

лучия от вредных привычек готовы были отказаться 95,3% респондентов.

В процессе исследования нами была изучена удовлетворенность сельского населения качеством медицинской помощи в зависимости от зоны проживания селян (см. табл.).

Удовлетворенность сельского населения медицинским обслуживанием в зависимости от зоны проживания (в % к итогу)

Оценка	Равнинная зона	Предгорная зона	Горная зона
Хорошее	38,7	38,9	14,5
Удовлетворительное	37,4	25,4	28,3
Неудовлетворительное	10,8	13,5	25,1
Плохое	13,1	22,2	31,8
Итого:	100,0	100,0	100,0

Социологические опросы показали низкое качество оказания медицинской помощи сельскому населению во всех зонах проживания, при этом в горной зоне неудовлетворенность населения медицинскими услугами крайне высока (71,8% опрошенных).

Результаты социологических исследований свидетельствуют о плохой доступности специализированной медицинской помощи жителям села, низкой квалификации врачебных кадров на селе. Необходимо активно внедрять общую врачебную практику, в первую очередь, в горных районах Республики Дагестан.

Список литературы

1. **Иванова, А.Е.** Тенденции и причина смерти населения России. Вероятная динамика смертности с учетом мер демографической политики / А.Е.Иванова; под ред. В.Г. Осипова, Л.Л. Рыбаковского, Е.Л.Юрьева // *Демографическое развитие России в XXI веке.* – М.: Экон-Информ, 2009. – С. 110–141.
2. Проблемы здравоохранения села / В.И.Стародбова [и др.]. – М, 2012. – 208с.
3. **Калининская, А.А.** Предотвратимые потери в связи со смертностью сельского населения / А.А.Калининская, Л.М.Алиева, А.Е.Иванова // *Международный журнал экспериментального образования. Материалы международной конференции «Актуальные вопросы науки и образования».* – 2012. – № 6. – С. 43–44.
4. **Стрючков, В.В.** Объем и характер работы общих врачебных практик в условиях села / В.В.Стрючков, Л.М. Алиева// *European journal of natural history.* – 2013. – № 1. – Р. 9–10.

УДК 616.12-008.331.1-084

А.К. Беляева¹, Б. Л. Мультиановский¹, С. В. Шабардина⁴, Г.С. Королькова², Ю.Б. Турова³

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

¹Кафедра госпитальной терапии

²Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

³Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

⁴БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Анна Константиновна Беляева – клинический интерн кафедры; **Борис Львович Мультиановский** – доктор медицинских наук, профессор кафедры; **Светлана Вениаминовна Шабардина** – заведующий кабинетом медицинской профилактики, кардиолог, врач высшей категории; **Галина Сергеевна Королькова** – аспирант кафедры; **Юлия Борисовна Турова** – аспирант кафедры

Проведен анализ организации школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией. Полученные в ходе исследования данные доказывают, что развитие школ здоровья для пациентов позволяет реализовать один из основополагающих принципов реформирования здравоохранения – обеспечение партнерства врача и пациента в достижении качества и эффективности оказываемой медицинской помощи. Школа – это эффективный инструмент профилактики и комплексного лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, школа для пациентов, комплаентность.

A.K. Belyayeva¹, B.L. Multanovskiy¹, S.V. Shabardina⁴, G.S. Korolkova², Yu.B. Turova³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Hospital Therapy

²Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

³Department of Public Health and Health Care Service

⁴Republic Clinical Diagnostic Centre

EFFECTIVENESS OF SCHOOLS OF HEALTH FOR THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Anna Konstantinovna Belyayeva – Intern of the Department; **Boris Lvovich Multanovskiy** – Doctor of Medical Sciences, Professor; **Svetlana Veniaminovna Shabardina** – Head of the Medical Prophylaxis Office, Cardiologist; **Galina Sergeyevna Korolkova** – Postgraduate Student of the Department; **Yuliya Borisovna Turova** – Postgraduate Student of the Department

An experience of organizing a School of health for the patients with arterial hypertension is analysed. The results of the study prove that developing Schools of health permits implementing a fundamental principle of reformation of health care system – providing doctor and patient's partnership to achieve efficacious and high quality medical care. Schools of health are effective tools of prophylaxis and complex therapy.

Key words: arterial hypertension, school for patients, compliance.

На сегодняшний день данные широкомасштабных эпидемиологических и клинических исследований наглядно показывают, что артериальная гипертензия (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В России ее распространенность особенно высока, составляя среди мужчин 39,2%, среди женщин – 41,1% [3,4]. Особую тревогу вызывает широкое распространение АГ среди трудоспособного населения, ранняя инвалидизация и снижение продолжительности жизни [1].

Эффективный контроль АГ предполагает не только правильность медикаментозных врачебных назначений (подбор препарата, дозы, режима прием и пр.), но и коррекцию основных

факторов риска, тесно связанных с поведенческими привычками пациента [2, 6]. Большинство лиц с АГ имеют неблагоприятные факторы риска, негативно влияющие на прогноз развития и течения заболевания. Только около 7–10 % больных АГ находятся на диспансерном наблюдении, однако и у этих больных часто не достигается целевое АД, что неблагоприятно сказывается на прогнозе [5,7]. Иными словами, цели эффективного контроля АГ, согласно национальным рекомендациям [6], у большинства больных не достигаются. Многочисленными исследованиями причин неадекватного контроля АГ в реальной практике показано, что основным препятствием к повышению качества медицинской профилактической помощи является низкая приверженность пациентов

к выполнению врачебных назначений [2, 7]. Поэтому важнейшей задачей является совершенствование профилактической помощи населению. Одной из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи является обучение в школах здоровья для пациентов [3, 5]. Школа для больных – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и освоения практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни [5].

Цель исследования: оценка эффективности обучения пациентов в школе артериальной гипертензии (ШАГ).

Материал и методы. Эффективность работы школы оценивали по уровню гигиенической грамотности и медицинской активности пациентов в процессе обучения их в школе артериальной гипертензии. Была использована отчетная документация отделения медицинской профилактики бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинико-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» за 2010 – 2012 гг.

Перед посещением школы и после окончания цикла обучения пациентам предложили заполнить специально разработанную анкету, которая позволила сравнивать объем полученных в ходе обучения знаний. Приверженность к соблюдению рекомендаций врача по своему заболеванию оценивали через 6 месяцев после обучения.

Школа артериальной гипертензии организована в 1997 году в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Трансляции занятий ШАГ с 2007 года осуществляются по телемедицинской связи с другими ЛПУ УР. Занятия проводили по плану (2–4 раза в месяц). В школу приглашались пациенты из АГ-отделений стационара и поликлиники, оптимальный состав группы 5–6 человек. Программа обучения в школе построена в соответствии с информационно-методическим письмом Минздрава России от 02.08.2002 г. и включает 5 занятий по 90 минут. Темы занятий освещают вопросы питания, физической активности, вредных привычек при артериальной гипертензии, основ медикаментозного лечения.

Результаты работы и их обсуждение. За трехлетний период количество обучающихся увеличилось с 811 до 2350 человек. Средний возраст пациентов, обучаемых в ШАГ, составил $61,7 \pm 4,7$ года. Достоверно ($p < 0,05$) чаще среди них были лица ($80,1 \pm 3,9\%$) в возрасте от 55 лет и старше. Среди респондентов достоверно ($p < 0,05$) преобладали женщины – $74,5 \pm 4,2\%$, мужчин было $25,5 \pm 4,2\%$.

С целью выявления ресурсов улучшения здоровья и уменьшения социально-экономических потерь общества вследствие заболеваемости АГ нами проведен анализ медицинской активности и гигиенической грамотности пациентов, обратившихся за медицинской помощью.

Особенность работы школы: разработка памяток для пациентов с советами по контролю артериального давления, профилактике АГ и ее осложнений; внедрение трансляции занятий ШАГ по телемедицинской связи с другими ЛПУ УР.

Анализ гигиенической грамотности 106 пациентов показал, что большинство – $80,4 \pm 3,8$ из 100 страдали АГ более 10 лет, $12,1 \pm 3,2$ – от 2 до 5 лет, $6,6 \pm 2,4$ – от 5 до 10 лет. До обучения в ШАГ информацию не получали $19,8 \pm 3,9$ из 100 опрошенных ($p < 0,05$). При этом половина опрошенных ($49,1 \pm 4,8$) не знали или знали недостаточно факторы риска АГ, клинические проявления заболевания, методы первой помощи при гипертоническом кризе. Не знали наименования лекарственных препаратов, применяемых при АГ, или знали их недостаточно $39,6 \pm 4,8$ из 100 респондентов. Только две трети ($69,8 \pm 4,5$) опрошенных были информированы о влиянии образа жизни на возникновение обострения АГ.

При анализе медицинской активности пациентов установлены низкие ее показатели. При первых симптомах заболевания сразу обращались к врачу лишь $8,5 \pm 2,7$ из 100 больных, после повторного появления симптомов – $57,5 \pm 4,8$, не обращались $34,0 \pm 3,3$.

Наиболее приемлемыми формами обучения для $56,9 \pm 4,8$ из 100 пациентов были личная беседа с врачом; для $22,6 \pm 4,0$ – посещение школы для больных с АГ; для $12,8 \pm 3,2$ – чтение популярной медицинской литературы; для $7,7 \pm 2,5$ – просмотр телепередач о здоровье. Все это свидетельствует о необходимости организации современных форм обучения пациентов.

После обучения в ШАГ знания о заболевании у пациентов возросли с 60,0 до 89,0%, а через 6 месяцев после обучения составили 77,0%. Чис-

ло пациентов, владеющих навыками самоконтроля АД, увеличилось до 97,0% (до обучения 64,5%). В ходе занятий отрабатывались навыки по выполнению рекомендаций врача, правила измерения АД и ведение дневника контроля. Повысилась мотивация больных с 75,0 до 98,0%. В итоге после обучения увеличилась доля пациентов с целевым уровнем АД с 10,7 до 63,2%. Через 6 месяцев данный показатель составил 51,3%.

Физическая активность выросла у 53,0% обученных, стрессоустойчивость повысилась у 42,0%, откорректировали питание 84,0%, достижение целевого уровня сахара в крови произошло у 67,0%, липидного профиля – у 89,0%. Оценивая удовлетворенность обучением в ШАГ, мы выявили, что все пациенты были довольны полученными знаниями и навыками.

Вывод. Обучение в школе здоровья повышает информированность пациентов о своем заболевании и его осложнениях, о факторах, приводящих к прогрессированию течения АГ, о методах контроля артериального давления и лечения, способствует модификации образа жизни. Занятия пациентов в ШАГ благоприятствуют достижению комплайенса больных.

Для повышения эффективности работы школы здоровья необходимо внедрять новые образовательные технологии с обязательным привлечени-

ем лиц трудоспособного возраста за счет расширения телемедицинской сети на предприятиях и в медицинских организациях. Для закрепления полученных знаний о заболевании пациентам необходимо повторное посещение занятий.

Список литературы

1. **Голубев, А.Д.** Обучение больных пожилого и старческого возраста как основной фактор коррекции сердечно-сосудистых и обменных нарушений / А.Д. Голубев, Т.М. Зиньковская, Л.А. Завражных // Актуальные вопросы внутренней патологии. – 2001. – С. 101–103.
2. Оценка эффективности школ здоровья для больных с артериальной гипертензией как профилактической медицинской услуги в первичном звене здравоохранения: пособие для врачей / А.М. Калинина [и др.]. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 18 с.
3. **Скворцова, В.И.** Проблема инсульта в Российской Федерации / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, Н.Ю. Айриян // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2005. – № 6. – С. 309–311.
4. **Скворцова, В.И.** Ответный удар по глобальной эпидемии / В.И. Скворцова // Медицинская газета. – 2009. – № 36. – С. 6.
5. **Фомин, И.В.** Артериальная гипертензия в Российской Федерации – последние 10 лет. Что дальше? / И.В. Фомин // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2007. – № 3. – С. 120–122.
6. Приказ МЗ РФ № 4 от 24.01.2003 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации».
7. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией: информационно-методическое пособие для врачей / под ред. Р.Г. Оганова. – М., 2002. – 124 с.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 614.2(043.2) (480+470.51+571.122)

Л.Л. Шубин¹, З.В. Шубина², Е.П. Рябина³

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

¹Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

²Кафедра общей и клинической фармакологии

³Газета «Удмурт дунне», г. Ижевск

V СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ РОССИИ

Шубин Лев Леонидович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; Шубина Зинаида Валентиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; Рябина Елена Петровна – корреспондент газеты «Удмурт дунне»

В Саранске с 26 по 28 сентября 2013 г. прошел очередной съезд Ассоциации финно-угорских народов России (АФУН РФ). В работе приняли участие 214 делегатов и 96 наблюдателей из 43 регионов нашей страны, в том числе от Удмуртской Республики – 13 делегатов и 9 наблюдателей. Съезд принял резолюцию финно-угорских народов Российской Федерации.

Ключевые слова: съезд, финно-угорские народы, образование, наука, культура, литература, здоровье, демография, молодежная политика.

L.L.Shubin¹, Z.V.Shubina², E.P. Ryabina³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

²Department of General and Clinical Pharmacology

³Udmurt dunne newspaper

VTH CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF FINNO-UGRIC PEOPLES OF RUSSIA

Shubin Lev Leonidovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department; Shubina Zinaida Valentinovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department; Ryabina Yelena Petrovna – reporter fo Udmurt dunne newspaper

The Vth Congress of the Association of Finno-Ugric peoples of Russia was held in Saransk, on September 26-28, 2013. 214 delegates and 96 observers from 43 region so four country, including 13 delegates and 9 observers from Udmurtia took part in the Congress. The Congress adopted the resolution of Finno-Ugric peoples of Russian Federation.

Key words: Congress, Finno-Ugric peoples, education, science, culture, literature, health, demography, youth policy

Состоялся V Съезд Ассоциации финно-угорских народов России (АФУН РФ) 26–28 сентября в г. Саранске. В его работе приняли участие 214 делегатов, 96 наблюдателей из 43 регионов нашей страны, представители федеральных органов исполнительной власти, Государственной Думы, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, а также представители общественных организаций России. От Удмуртской Республики в работе съезда участвовали: С.А. Касаткин, Н.Н. Мусалимов, Н.А. Степанова, И.Н. Семенов, В.П. Хохряков,

Л.Л. Шубин, Н.В. Кондратьева, Л.Е. Зайцева, В.П. Андреев, Т.Е. Васильева, Р.Р. Гафуров, Р.В. Дементьев, А.И. Радыгин, С.Н. Сидорова, В.М. Черыгова, Ф.А. Чибышева.

Открыл съезд президент АФУН РФ Петр Тултаев, поприветствовав все финно-угорские народы на их родных языках. От имени Президента РФ Владимира Путина всем собравшимся плодотворной работы и успехов пожелал заместитель руководителя Администрации Президента России Магомедсалам Магомедов. С докладом о роли Ассоциации в проведении успешной на-

циональной политики на территориях компактного проживания финно-угорских народов выступил Глава Республики Мордовия Владимир Волков. Итоги работы за 4 года подвел президент Ассоциации финно-угорских народов Петр Тултаев. Затем с приветственными словами на родных языках выступили председатели региональных отделений ассоциации.

Были проведены секционные заседания по актуальным проблемам. На секции «Язык. Наука. Образование» прозвучали 23 доклада. Учителя, преподаватели, писатели предложили внести в резолюцию съезда следующие предложения: сохранить региональные филиалы Российской Академии Наук, включить ингерманландских финнов в состав коренных малочисленных народов, учредить премию АФУН РФ и другое.

Председателем секции «Культура. Литература. Новые информационные технологии» был заместитель редактора национального вещания телерадиокомпании «Моя Удмуртия» Сергей Касаткин. Он обратил внимание на то, что в наше время многие перешли на цифровое телевидение, а там нет ни одного канала на национальном языке.

В работе секции «Здоровье. Демография. Семья» приняли участие 50 человек. Большое внимание ими было уделено целевым программам. В проект резолюции было предложено внести ряд предложений, связанных с улучшением здоровья населения, а также культивированием национальных видов спорта и другое.

Следует отметить, что в работе круглого стола «Глобализация. Идентичность. Традиция», посвященной современной молодежи, были подняты наиболее острые вопросы: проблемы безработицы, недоступного жилья, отстранения от родной культуры и другие. В нем приняли участие 85 человек.

На пленарном заседании были подведены итоги по работе секций и круглого стола, проведены выборы руководства Ассоциации финно-угорских народов РФ. Из удмуртской делегации в Совет АФУН вошли: Сергей Касаткин, Наталья Кондратьева, Игорь Семёнов и Николай Мусалимов, а в Президиум – Игорь Семёнов, Николай Мусалимов и Сергей Касаткин. Президентом на ближайшие 4 года вновь был избран Петр Тултаев.

Была принята резолюция V съезда финно-угорских народов Российской Федерации, где

делегаты констатировали невозможность в современных условиях сохранения гражданского мира без неукоснительного соблюдения Конституции Российской Федерации, наличия прочной законодательной базы. В последние годы федеральными органами государственной власти проделана большая работа по совершенствованию правового обеспечения национальной политики. Президентом Российской Федерации утверждена Стратегия государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года, внесены изменения в Федеральные законы «О языках народов Российской Федерации», «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», «О гражданстве Российской Федерации», принят ряд нормативных правовых актов по вопросам этнокультурного развития народов России, защиты прав коренных малочисленных народов и национальных меньшинств и др.

В этой ситуации финно-угорские народы принимают активное участие в развитии российского общества, вносят достойный вклад в сохранение межнационального согласия в стране.

Съезд отмечает, что за время, прошедшее после IV съезда, финно-угорское общественное движение России добилось определенных успехов, признанных не только на федеральном и региональном, но и международном уровнях. Активизировавшаяся деятельность Президиума Совета и Совета АФУН РФ во многом способствует тому, что вопросы сохранения и развития традиционной культуры и родных языков год от года охватывают все большую часть финно-угорского сообщества во всех субъектах Российской Федерации и в целом находят понимание и поддержку со стороны органов государственной власти всех уровней. Во многих регионах с компактным проживанием финно-угорских народов предпринимаются меры по организации изучения языков, литературы, по возрождению духовной и материальной культуры.

Заметными событиями в жизни финно-угорских народов страны в период между IV и V съездами стали: празднование 1000-летия единения мордовского народа с народами Российского государства (г. Саранск, 23–26 августа 2012 г.), Форум народов Российской Федерации (г. Саранск, 23 августа 2012 г.), VI Всемирный

Конгресс финно-угорских народов (г. Шиофок, Венгерская Республика, 5–7 сентября 2012 г.), съезды финно-угорских народов, в том числе V съезд мордовского народа (г. Саранск, 28–31 октября 2009 г.), X съезд коми народа (г. Сыктывкар, 25–26 февраля 2012 г.), IX съезд марийского народа (г. Йошкар-Ола, 18–21 апреля 2012 г.), XII Всеудмуртский съезд (г. Ижевск, 14 декабря 2012 г.), съезд Ассоциации коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока (г. Салехард, март 2013 г.), съезд Ассоциации ненецкого народа «Ясавэй» (г. Нарьян-Мар, апрель 2013 г.), VII съезд карелов (п. Пряжа, 7 июня 2013 г.) и др.

Новые возможности поддержки этнокультурных общественных инициатив финно-угорских народов и укрепления гражданского единства в многонациональном российском обществе связаны с утверждением в августе 2013 года федеральной целевой программы «Укрепление единства российской нации и этнокультурное развитие народов России», предусматривающей поддержку региональных программ в сфере межнациональных отношений и этнокультурного развития народов России.

Вместе с тем особую озабоченность финно-угорской общественности вызывает ряд проблем, таких как: ухудшение демографической ситуации среди отдельных российских финно-угорских народов; сохраняющаяся невысокая востребованность и ограниченная сфера функционирования родных языков в финно-угорской среде при реализации законов о языках и программ их поддержки в республиках и других субъектах Российской Федерации, где проживают финно-угорские народы; «размывание» и сокращение функционирования традиционной культуры, унификация культурных проявлений в условиях глобализации; по-прежнему остается низким интерес у отдельной части молодого поколения к своим этническим корням, языку и традициям.

Съезд принял следующие решения:

I. В области языка, науки и образования:

1. Ходатайствовать перед Правительством Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации: активизировать работу по формированию образовательной политики на федеральном и региональном уровнях, восстановлению мер

государственной поддержки для учителей школ, преподавателей вузов, ведущих занятия по финно-угорским языкам; усилить деятельность по совершенствованию законодательства в области языков народов Российской Федерации.

2. Президиуму Совета АФУН РФ провести консультации с органами государственной власти субъектов Российской Федерации на территориях проживания финно-угорских народов и выступить с инициативами: продолжить устоявшуюся традицию проведения всемирных дней языков финно-угорских и самодийских народов; организовать проведение научных исследований по выработке стратегии сохранения и развития языков и культур финно-угорских и самодийских народов; создать условия для формирования двуязычия с использованием при обучении детей финно-угорским и самодийским языкам современных информационных и образовательных технологий, а также содействовать расширению контактов между школами регионов проживания финно-угорских и самодийских народов; учредить гранты, направленные на поддержку научных проектов по изучению национальной культуры, литературы и искусства финно-угорских и самодийских народов; развивать книгоиздание на финно-угорских и самодийских языках, переводы книг с одного финно-угорского языка на другой, содействовать переводу архивных языковых материалов на цифровые носители и обеспечить доступ к ним.

II. В области культуры, литературы и современных информационных технологий:

1. Обратиться в Министерство регионального развития Российской Федерации с просьбой оказать содействие в: создании электронной библиотеки на финно-угорских языках с целью сохранения, популяризации и дальнейшего развития национальной культуры и литературы финно-угорских народов; популяризации периодических национальных изданий финно-угорских и самодийских народов в средствах массовой информации; подготовке и издании сборников документов и материалов по истории, этнографии и фольклору финно-угорских народов Российской Федерации с созданием единого электронного банка имеющихся архивных материалов в этой области знаний, а также с координацией деятельности архивно-музейных ведомств.

2. Выйти в Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации и Министерство культуры Российской Федерации со следующими предложениями: увеличить время радио- и телевидения на финно-угорских языках, организовать национальные интернет- и FM-радиовещание в субъектах Российской Федерации, на территории которых проживают финно-угорские народы; поддерживать медийные инициативы и усилия финно-угорских организаций по работе интернет-порталов финно-угорских центров и общественных организаций, изданий журналов и газет с целью укрепления существующих в России механизмов межкультурных коммуникаций и их успешной интеграции в единое финно-угорское информационное пространство.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории которых проживают финно-угорские народы: активизировать деятельность по разработке и принятию программы социально-культурного и языкового развития финно-угорских народов; оказывать содействие в поддержке и расширении связей между финно-угорскими диаспорами, развитию этнокультурного туризма в Российской Федерации и за рубежом как важного направления познавательного туризма, пропагандирующего лучшие образцы российского культурного наследия; продолжить работу по созданию и развитию национальных культурных центров, Домов дружбы и обеспечению координации их взаимодействия; оказывать содействие организации и проведению фестивалей детского творчества, фольклорных и театральных фестивалей, дней родственных народов с целью сохранения и развития национальных культур финно-угорских народов.

4. Поручить Совету АФУН РФ: при поддержке Министерства регионального развития Российской Федерации осуществить подготовку второго издания учебного пособия для образовательных учреждений по истории и культуре финно-угорских народов России, а также созданию цикла документальных фильмов; оказывать поддержку Финно-угорскому культурному центру Российской Федерации (г. Сыктывкар) и Поволжскому центру культур финно-угорских народов (г. Саранск) в деле сохранения и развития этнокультуры финно-угорских народов России;

рассмотреть возможность создания в Интернете банка (архива) радио- и телепрограмм на родных языках, а также применения современных технологий в укреплении коммуникационных связей финно-угорских народов.

III. В области здоровья, сохранения семьи и демографии:

1. Обратиться в Министерство регионального развития Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации со следующими предложениями: по содействию в решении вопросов улучшения демографии и здоровья финно-угорских народов в рамках реализации федеральных и региональных целевых программ; по развитию материально-технической базы и формированию кадрового потенциала сельского здравоохранения, поддержке программы «Земский доктор» в местах компактного проживания финно-угорских народов Российской Федерации.

2. Обратиться в Министерство образования и науки Российской Федерации с просьбой об организации исследований проблем воспитания детей и молодежи из числа финно-угорских народов с учетом особенностей этнопсихологии.

3. Обратиться в Федеральную службу государственной статистики с предложением внести изменения в Федеральный закон «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации» в части организации статистического учета численности народов России и этнических групп, находящихся в стадии депопуляции.

4. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории которых проживают финно-угорские народы: уделять большее внимание возрождению духовных традиций и развитию гармоничных семейных отношений; разрабатывать программы, направленные на повышение качества оказания медицинских услуг и повышение их доступности.

5. Поручить Президиуму и Совету АФУН РФ: продолжить работу по организации и проведению научно-практических конференций, посвященных проблемам здоровья, демографии и формирования здорового образа жизни финно-угорских народов; организовать и провести мероприятия по вопросам воспитания детей на основе базовых принципов народной педагогики.

IV. В области молодежной политики:

1. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории которых проживают финно-угорские народы: активизировать деятельность молодежных финно-угорских общественных организаций и обеспечить участие молодежи в реализации общественно значимых проектов и программ этнокультурной, межнациональной и гражданско-патриотической направленности; расширять и укреплять межрегиональные контакты молодежи с использованием различных форм; поддерживать развитие молодежных организаций, деятельность которых направлена на сохранение, развитие, возрождение языков и культурных традиций финно-угорских народов; разработать программу по формированию у детей и молодежи мотивации сохранения здоровья как средства достижения жизненных целей; оказывать содействие молодежным организациям в развитии национальных видов спорта; разработать образовательные и развивающие сайты для детей на финно-угорских языках; усилить деятельность общественных организаций по работе с детьми и молодежью в сельской местности; создавать условия для организации и проведения научных исследований студентов и молодых ученых в области финно-угроведения.

2. Поручить Совету АФУН РФ: активизировать деятельность молодежного объединения (движения) АФУН РФ и рассмотреть ее итоги на межрегиональной конференции финно-угорских и самодийских народов в 2015 году; способствовать организации регулярных встреч представителей финно-угорских молодежных общественных организаций с представителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

3. Предложить финно-угорским молодежным общественным организациям: активизировать работу по популяризации языков и культур финно-угорских народов; расширить информационную деятельность о своей работе; активнее включаться в региональные программы подго-

товки управленческих кадров, участвовать в формировании управленческого резерва, выдвигать своих кандидатов на региональных и муниципальных выборах, в том числе в молодежные парламенты, рекомендовать своих активистов в качестве помощников депутатов региональных органов представительной власти.

Съезд поручает Совету АФУН РФ и рекомендует финно-угорским организациям активизировать работу по проведению мероприятий, направленных на укрепление гражданственности и единства многонационального народа Российской Федерации (российская нация).

Съезд обращает внимание региональных отделений АФУН РФ на необходимость: планирования своей деятельности в согласовании с Советом АФУН РФ; учета координирующей функции АФУН РФ при проведении мероприятий в субъектах Российской Федерации; повышения эффективности взаимодействия с региональными органами власти по вопросам реализации федеральной целевой программы «Укрепление единства российской нации и этнокультурное развитие народов России».

Съезд поручает Совету АФУН РФ провести анализ участия российских финно-угорских организаций в международных организациях с целью выработки единого подхода в представлении интересов российских финно-угорских народов.

Съезд уполномочивает Президиум Совета АФУН РФ быть полноправным представителем интересов российских финно-угорских народов в международных организациях.

Съезд рекомендует Совету АФУН РФ организовать проведение в 2015 году конференции финно-угорских и самодийских народов для подведения промежуточных итогов выполнения настоящих рекомендаций.

Выполнение принятых Съездом решений будет в ещё большей степени способствовать укреплению межнационального, межконфессионального и гражданского мира и согласия в стране, сохранению здоровья, развитию национальных культур финно-угорских народов Российской Федерации.

УДК 316.344(=511.131)

Т.А. Васина

Удмуртский институт истории, языка и литературы УрО РАН, г.Ижевск

ТИПОЛОГИЯ И УРОВЕНЬ ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ УДМУРТСКОЙ СЕМЬИ

Васина Татьяна Анатольевна – кандидат исторических наук, научный сотрудник отдела исторических исследований

В статье на основе анкетных данных проанализированы структура и качество жизни современной удмуртской семьи на примере жителей г. Глазова, Можги, п. Игра и соответствующих районов. Рассмотрен широкий спектр вопросов: поколенный и родственный состав домохозяйств, количество и самоидентификация детей в семье, материальное положение респондентов (собственность, источники дохода, личностные оценки благополучия, досуг). Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект «Ресурсный потенциал удмуртов в различных социо-и этнокультурных средах»

Ключевые слова: удмурты, социологическое исследование, ресурсный потенциал.

T.A.Vasina

Udmurt Institute of History Language and Literature of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences

THE TYPES AND QUALITY OF THE LIFE OF THE UDMURT MODERN FAMILIES

Tatjana Anatol'evna Vasina – candidate of historical sciences, scientific associate of the Udmurt Institute of History

The author analyzes the structure and the quality of the life of the Udmurt modern families of the example of the urban and rural population of Udmurt Republic on the basis of questionnaires. This paper examines the generational and related structure of the households, the number of the children in the families, the ethnic self-identification of the children of the respondents, the circumstances of the respondents.

Key words: Udmurt, sociological research, resource potential.

Проект «Ресурсный потенциал удмуртов в различных социо- и этнокультурных средах», выполняемый Удмуртским институтом истории, языка и литературы УрО РАН в рамках гранта РГНФ № 12-31-01011, ставит задачи сравнительного изучения общественного капитала удмуртского народа в разном социальном (город, село) и этнокультурном (удмуртское, удмуртско-русское) окружении. В 2012 г. исследование охватило взрослое (старше 25 лет) городское и сельское население УР. В качестве метода сбора информации было использовано анкетирование, проводившееся среди удмуртов г. Глазова (опрошено 290 чел.), Глазовского района (173 чел.), п. Игра (138 чел.), Игринского района (245 чел.), г. Можги (144 чел.) и Можгинского района (200 чел.). Обработка статистических данных выполнена М.О. Тенсиной. На момент проведения опроса п. Игра имел статус поселка городского типа (до лета 2012 г.), поэтому в данной статье он рассматривается наряду с городами Глазов и Можга.

Проведенная работа позволила проанализировать структуру и качество жизни современной удмуртской семьи. Прежде всего и в городах, и в сельской местности выделены виды домохозяйств: по числу поколений – одно-, двух- и трехпоколенные, по характеру родства – одинокие,

малые (нуклеарные) и сложные. Ниже рассматриваются типология и уровень благосостояния семейств респондентов в городских поселениях и районах.

В г. Глазове, Можге и п. Игра основной тип удмуртской семьи представлен двухпоколенными домохозяйствами (родители и дети): они насчитывают от 38,1 % (п. Игра) до 66,0 % (г. Можга) анкетных данных. По характеру родства преобладают малые семьи (супружеские пары и супруги с детьми). Их минимум (50,4 %) аналогично зафиксирован в п. Игра, а максимум (77,8 %) – в г. Можге. Заметную долю составляют однопоколенные домохозяйства (одиночки и молодые бездетные супружеские пары): наибольший их процент отмечен в п. Игра (29,6 % домохозяйств), наименьший – в г. Можге (15,2 %). Менее всего распространены сложные трехпоколенные семьи (родители, дети, внуки), и снова большая доля таких домохозяйств выявлена в п. Игра (20,0 %), а минимум (8,7 %) – в г. Можге. Расширенные семейства, включающие иных родственников и представляющие собой промежуточный тип между малыми и сложными домохозяйствами, по-видимому, указаны респондентами в графе «другой состав». Таким образом, типичным для поселений городского типа в начале XXI в. становится доминирование малых двухпоколен-

ных семей, существенная доля однопоколенных и небольшая – сложных.

В сельской местности основной тип удмуртской семьи, аналогично городским поселениям, представлен двухпоколенными домохозяйствами, хотя их процент заметно меньше, чем в городах и п. Игра: 36,1 % – в Глазовском районе, 42,5 % – в Можгинском, 46,7 % – в Игринском. На втором по численности месте также располагаются однопоколенные семейства: их доля существенна и меняется в пределах от 33,4 % (Глазовский район) до 21,0 % (Можгинский район). На третьем – сложные трехпоколенные семьи, они насчитывают 10,7 % в Глазовском районе, 18,5 % – в Можгинском и 12,9 % – в Игринском. Таким образом, на селе наблюдается снижение процента двухпоколенных семейств за счет роста численности одно- и трехпоколенных, что может служить иллюстрацией так называемого «жизненного цикла семьи» (разрастание нуклеарных домохозяйств до сложных, с одной стороны, и выделение взрослых детей в собственный дом – с другой).

По своим размерам удмуртские семьи относительно небольшие: преобладают домохозяйства из двух – пяти человек (супружеские пары, супруги с одним – тремя детьми, родители со взрослыми детьми и одним – двумя внуками). В то же время встречаются семейства с совместным проживанием более 10 родственников, с большим числом детей.

Основная масса анкетированных (в городах максимум составил 52,0 % и отмечен в г. Глазове, на селе – 48,0 % – в Можгинском районе) имеют двух детей, согласно личным представлениям о благополучии и гармонии в доме: большая часть опрошенных планировала двух детей в начале семейной жизни и столько же детей посоветовала бы иметь своему ребенку в будущем. Супружеские пары с одним ребенком составляют меньшее число опрошенных, но заметно, что такие домохозяйства более распространены в поселениях городского типа, чем в сельской местности. Соответственно в районах республики несколько выше оказался процент семей с тремя и более детьми. Подобным образом распределяются и ответы на вопрос о предпочтительном количестве детей: иметь трех и более детей «для счастливой семейной жизни» чаще готовы сельские жители, нежели городские.

Большинство детей респондентов ассоциируют себя с удмуртским народом, что вполне естественно, так как опрашивались удмуртские семьи. В то же время по населенным пунктам цифры заметно различаются. К примеру, в г. Глазове лишь 39,2 % опрошенных ответили, что их дети относят себя к коренному этносу, несмотря на то, что 80,3 % респондентов сами считают себя удмуртами. Главным фактором, оказавшим влияние на самоидентификацию ребенка в этом случае, вероятно, послужила национальность супруга(и) (лишь 44,8 % – тоже удмурты). Наибольший показатель характерен для г. Можги: здесь 79,0 % детей респондентов ощущают свою тождественность удмуртскому этносу, что тесно связано с национальной идентификацией родителей (96,5 % анкетированных и 71,5 % их супруг(ов) – удмурты). На селе процент самоидентификации ребенка, как правило, выше, чем в городах, очевидно, в связи с большим числом мононациональных супружеских пар: так, в Глазовском районе 63,0 % детей считают себя удмуртами, в Игринском – 66,9 %.

Представляет интерес исследование качества жизни удмуртской семьи. Понятие «уровень жизни» следует интерпретировать шире, чем просто экономическое положение. К критериям жизненного уровня относятся заработная плата и другие источники дохода, объем потребления (доступность тех или иных товаров), жилищно-бытовые условия, здравоохранение, свободное время и культурный досуг и т. д. [2]. Поэтому анкетированным был предложен круг вопросов, который освещает материальное положение и степень благосостояния коренного населения региона.

В первую очередь материалы анкет позволили проанализировать жилищные условия семей респондентов. Заметно, что большая их часть владеет собственным отдельным жильем. При этом вполне естественно, что в поселениях городского типа более актуальным является обладание квартирой, в сельской местности – частным домом. Так, в Глазовском районе отдельный дом имеют 54,9 % опрошенных, а квартиру – 30,0 %, в Можгинском – соответственно 80,0 и 12,5 %, в Игринском – 75,1 и 11,4 %. И, наоборот, в г. Глазове отдельные дома принадлежат 22,0 % анкетированных, а квартиры – 58,1 %. Исключения составляют г. Можга и п. Игра, отличающиеся малоэтажной застройкой: здесь собственные

дома имеют до половины жителей. Часть респондентов занимают жилплощадь в коммунальной квартире или КГТ либо владеют долей дома. Проживают в общежитии преимущественно городские удмурты (наибольший процент отмечен в г. Можге – 4,1 %). Наем жилья тоже свойствен в большей степени горожанам: в г. Глазове – 5,1 % респондентов, в п. Игра – 0,7 %.

Кроме жилья многие из анкетированных владеют земельным участком; данный вид собственности распространен преимущественно в сельской местности. Так, в Можгинском районе земельный участок имеют 71,5 % респондентов, а в г. Можге – только 49,2 %, в Глазовском – 57,0 %, а в г. Глазове – 24,4 %, в Игринском – 63,6 %, а в п. Игра – 38,2 %. Для горожан в основном характерно владение садоогородом (19,7 % респондентов г. Глазова, 8,8 % – г. Можги, 5,7 % – п. Игра; в районах садоогород называли не более 4,4 %).

Помимо недвижимости в анкете было уделено внимание и другому имуществу. В частности, автомобиль в среднем по республике имеют более трети опрошенных (максимум – около половины данных – отмечен в г. Можге и Можгинском районе). Сельскохозяйственной техникой, несомненно, владеют преимущественно сельские жители: от 7,5 % респондентов (Можгинский район) до 10,8 % (Игринский район); в городских населенных пунктах этот вид собственности указали всего от 1,4 % (п. Игра) до 6,7 % (г. Можга).

В качестве главного источника дохода современной удмуртской семьи как в поселениях городского типа, так и в сельской местности выступает заработная плата с основного места работы: ее назвали от 83,2 % (Глазовский и Игринский районы) до 91,7 % (г. Глазов) анкетированных, очевидно, трудоспособного возраста. Для старшего поколения основным источником дохода остается пенсия. Заметно, что в районах республики важным подспорьем для семейного бюджета является продажа сельскохозяйственной продукции: этот вид деятельности обозначили 14,0 % респондентов в Можгинском районе, 8,9 % – в Глазовском и 6,8 % – в Игринском, а в городах его отметили не более 2,0 % семей. Имеют значение и дополнительные заработки, как случайная подработка, так и работа по совместительству. Некоторые удмуртские семьи также пользуются государственными пособиями и компенсациями

(от 7,5 % по Можгинскому району до 3,2 % – в г. Можге и Игринском районе). Обращает на себя внимание относительно слабое развитие предпринимательской деятельности: в поселениях городского типа этот источник дохода указали от 0,6 % (г. Можга) до 4,2 % (п. Игра) человек, в сельской местности – от 1,1 % (Глазовский район) до 4,0 % (Можгинский район). Многие из анкетированных получают материальную помощь от родственников, в том числе проживающих отдельно. Таким образом, создается впечатление, что доход удмуртской семьи складывается преимущественно из основного и вспомогательного заработков, помощи государства и родных.

По общему суммарному доходу всех членов семьи в месяц большая часть респондентов относится к группе людей, имеющих 12–15 тыс. руб. Заработки в размере свыше 20 тыс. руб.: например, в п. Игра – 28,2 % респондентов, г. Можге – 29,8 % (и это самые высокие показатели). Для села нередок низкий доход в размере до 6 тыс. руб.: в Глазовском районе его указали 8,0 % человек, в Можгинском – 13,0 %, в Игринском – 12,1 % (впрочем, и в городах его доля колеблется в пределах от 7,7 % в г. Глазове до 10,9 % в г. Можге). Доход до 1000 руб. отметили 0,3 % анкетированных г. Глазова и 2,0 % – Можгинского района. В то же время средняя зарплата в регионе, по данным Удмуртстата за март 2013 г., равнялась 19,4 тыс. руб. [5], величина прожиточного минимума в среднем на душу населения в первом квартале 2013 г. составила 6035 руб., а МРОТ по Удмуртии насчитывает 5988,05 руб. [1, 4]. То есть существенная часть домохозяйств респондентов не дотягивает до среднего уровня и прожиточного минимума. Неслучайно свыше половины анкетированных (и в городские поселения, и районы) ответили, что зарабатывают денег достаточно для приобретения продуктов и одежды, но покупку более крупных предметов быта приходится откладывать, еще четверть показали, что средств хватает только на продукты, а 6,7 % (в среднем по республике) занимают даже на питание. Полагают, что денег «вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать», лишь небольшое число опрошенных (максимум – 6,2 % – зафиксирован в г. Можге, минимум – 2,8 % – в п. Игра и Игринском районе).

Тем более удивительно, что заметный процент респондентов за последние 5 лет не предпри-

нимал никаких попыток изменить существующую ситуацию: считают, что в этом нет необходимости 12,7 % удмуртов г. Глазова, 20,1 % – г. Можги, 13,0 % – п. Игра, 13,2 % – Глазовского района, 17,0 % – Можгинского и 15,0 % – Игринского. Тем не менее многие представители коренного этноса выражают стремление к улучшению своего благосостояния и приспособлению к современным рыночным условиям. Основной адаптационной практикой и в городах, и в районах является поиск работы – постоянной, по совместительству либо временной подработки. Предпринимаются также попытки смены профессии, расширения служебных обязанностей, повышения квалификации, получения дополнительного образования. Собственное дело открывали и в поселениях городского типа, и на селе: к примеру, в г. Глазове – 3,1 %, в п. Игра – 7,9 %, в Глазовском районе – 3,9 %, Можгинском – 6,0 %, Игринском – 2,8 %. Но процент удачных попыток изменить ситуацию невелик. Все же исследование наглядно демонстрирует, что в качестве основной модели адаптационного поведения удмурты выбирают труд, который, по определению Г.А. Никитиной, является для коренного населения региона «испытанным, привычным и надежным ресурсом» [3].

По уровню материального благополучия подавляющее большинство респондентов считают себя средне- и малообеспеченными. К категории богатых не отнес себя ни один человек. Бедственное положение чаще указывали сельские жители. При этом внутри изучаемой этнической группы наблюдается существенная дифференциация личностных оценок. Наиболее показательны в этом отношении данные по г. Можге и Можгинскому району: в сравнении с прочими населенными пунктами в городе зафиксированы минимумы среднеобеспеченных (45,8 %) и бедных (0,6 %) и максимум обеспеченных (6,2 %); напротив, в прилегающем районе отмечены максимумы среднеобеспеченных (59,0 %), терпящих бедственное положение (3,0 %) и минимум обеспеченных (0,5 %). В целом, основная часть опрошенных довольно негативно оценили уровень своего благосостояния.

Неудовлетворенность материальным положением, как правило, чаще выражали жители села: к примеру, 83,5 % в Можгинском районе против 81,2 % в г. Можге, 79,1 % в Игринском районе

против 76,8 % в п. Игра. В то же время ухудшение ситуации за последние 3 года отметили преимущественно горожане: к примеру, 22,8 % – в г. Можге, 20,2 % – в п. Игра (а в Можгинском районе – 7,5 %, в Игринском – 14,5 %).

Низкий уровень материального обеспечения не позволяет многим респондентам отдыхать на юге России, в санаториях, не говоря уже о загранице. Основная часть анкетированных выбирает домашний отдых, особенно это характерно для населения сельской округи: например, в г. Глазове – 44,8% анкет, а в Глазовском районе – 74,5%, в г. Можге – 62,5 %, а в Можгинском районе – 75,5%, в п. Игра – 71,0%, а в Игринском районе – 77,1%. На втором по распространенности месте среди горожан – отпуск в деревне или садоогороде. Так, в г. Глазове возделывают свои земельные участки в свободное от основной работы время 49,2% респондентов, в г. Можге – 18,6 %. На южные курорты страны также чаще выезжают городские жители, чем сельские: 6,1% ответов в г. Глазове и 2,8% – в Глазовском районе, 8,3% – в г. Можге и 2,5% – в Можгинском районе, 5,0% – в п. Игра и 2,0% – в Игринском районе. За границей были всего 1,2% опрошенных в г. Глазове. Часть респондентов в период отпуска подрабатывают в другом месте, некоторые в отпуске не бывают. Причиной возникновения такой ситуации может служить, с одной стороны, недостаток денежных средств, а с другой – невозможность оставить свое хозяйство, особенно это касается населения районов.

Основной формой проведения досуга в городе и на селе стал (в порядке убывания) просмотр телепрограмм, чтение и компьютер (последний в большей степени характерен для отдыха горожан). Посещают кино, театры, музеи, концерты в среднем каждый десятый (здесь цифры между городом и районом различаются несущественно, кроме г. Можги и Можгинского района – 15,2 и 7,0 % соответственно). Активный отдых (лыжи, коньки, прогулки по лесу) назвали более трети респондентов (и горожане, и жители села). Тем не менее большая часть свободного времени современной удмуртской семьи заполнена домашней работой: анкетированные трудятся по хозяйству, работают на своем участке, огороде (на селе в большей степени, чем в городе), занимаются ремонтом, шьют, вяжут, изготавливают различные поделки и т. д.

Таким образом, в начале XXI в. семьи удмуртов, охваченные рамками данного анкетирования, отличаются относительно небольшой численностью, несложной структурой и малой вариативностью. Доминируют нуклеарные двухпоколенные домохозяйства, особенно в поселениях городского типа, на селе доля одно- и трехпоколенных более заметна. Основная масса семейств состоит из двух – пяти человек (хотя встречаются и исключения), имеет преимущественно двух детей (в районах процент с тремя и более детьми выше). Сельская местность – преимущественно удмуртская этническая среда, здесь распространены мононациональные семьи, поэтому дети чаще осознают свою тождественность удмуртскому этносу. В собственности респондентов, как правило, имеется недвижимость – отдельный дом и усадьба (районы) либо квартира и садоогород (города), а также другие виды крупного имущества – автомобиль, сельскохозяйственная техника (преимущественно на селе). Доход семьи и в поселениях городского типа, и в сельской местности состоит из основного (зарплата) и вспомогательного (подработка) заработка, помощи государства (пенсии, пособия) и родственников. В районах большим подспорьем является продажа сельскохозяйственной продукции. Предпринимательство развито

слабо. Большинство анкетлируемых довольно негативно оценили уровень своего благосостояния и выразили неудовлетворенность материальным положением, особенно на селе. Тем не менее в решении жизненных задач многие рассчитывают на свои силы, и главным способом изменить существующую ситуацию считается труд (постоянная работа, совместительство, труд на земельном участке или в домашнем хозяйстве).

Список литературы

1. Госинспекция труда: зарплата в Удмуртии не может быть ниже 5988 рублей // Известия Удмуртской Республики. – 2013. – 31 мая. – Режим доступа: URL: <http://izvestiaur.ru/news/view/7265601.html>.
2. **Кириянов, Ю. И.** Жизненный уровень рабочих России (конец XIX – начало XX вв.) / Ю. И. Кириянов. – М.: Наука, 1979. – 288 с.
3. **Никитина, Г. А.** О соответствии этнической ментальности сельских удмуртов российским социальным трансформациям / Г. А. Никитина // Идентичность и изменяющийся мир (Материалы к дискуссии на V Всемирном конгрессе финно-угорских народов. Россия, г. Ханты-Мансийск, 2008). – Сыктывкар, 2008. – С. 112.
4. Прожиточный минимум в Удмуртии за первый квартал 2013 года установлен на уровне 6035 рублей // Известия Удмуртской Республики. – 2013. – 30 апр. – Режим доступа: URL: <http://izvestiaur.ru/news/view/7105301.html>.
5. Средняя зарплата учителей в Удмуртии составила 20 тысяч 642 рубля // Известия Удмуртской Республики. – 2013. – 24 мая. – Режим доступа: URL: <http://izvestiaur.ru/news/view/7222601.html>.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.399-003.7-07-039.71

Н.А. Хохлачева, Е.В. Сучкова, Я.М. Вахрушев

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

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хохлачева Наталья Александровна – доктор медицинских наук, доцент кафедры; Сучкова Елена Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры; Вахрушев Яков Максимович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой

Целью работы явилось совершенствование организации и проведения диспансеризации пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Проведено комплексное обследование 396 пациентов с различной патологией гепатобилиарной системы и диспансерное наблюдение в течение трех лет за 101 больным. Построена логистическая модель для прогнозирования вероятности развития ЖКБ и разработана балльная прогностическая таблица, позволившая выделить больных группы риска на развитие ЖКБ. Получена возможность диагностировать ЖКБ на ранней, докаменной, стадии. Разработанные скрининг-опросник, балльная прогностическая таблица, схема диспансерного наблюдения способствуют повышению эффективности диспансеризации больных на докаменной стадии ЖКБ.

Ключевые слова: ранняя (докаменная) стадия желчнокаменной болезни, прогнозирование, диспансеризация, физико-химические свойства желчи, липидный обмен.

N.A. Khokhlacheva, Ye.V. Suchkova, Ya.M. Vakhrushev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Propedeuticsof Internal Diseases

IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION AND CARRYING OUT PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF THE PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Khokhlacheva Natalia Alexandrovna – doctor of medical sciences, Associate Professor of the Department; Suchkova Yelena Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer of The Department; Vakhrushev Yakov Maximovich – doctor of medical sciences, Professor, Head of the Department

The article is aimed at improving the organization and carrying out prophylactic medical examination of the patients with cholelithiasis. Complex examination of 396 patients with various pathologies of hepatobiliary system was conducted; 101 patients were followed up during three years. We built a logistic model for predicting the probability of cholelithiasis development and worked out as core expectancy table that allowed detecting the risk group for developing cholelithiasis. It made it possible to diagnose cholelithiasis at an early (precalculous) stage. The developed screening questionnaire, score expectancy table and prophylactic medical examination plan contribute to increasing effectiveness of prophylactic medical examination of patients with precalculous stage of cholelithiasis.

Key words: early (precalculous) stage of cholelithiasis, prognostication, prophylactic medical examination, physico-chemical properties of bile, lipid exchange.

Возрождение профилактической направленности в здравоохранении, в том числе диспансеризация, – главная цель модернизации Российского здравоохранения [8, 10]. Однако широкое внедрение диспансеризации затруднено из-за отсутствия методологических критериев выявления заболеваний на ранних стадиях [1, 11].

Цель нашей работы: совершенствование организации и проведения диспансеризации

пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Это связано со значительным ростом заболеваемости населения. В последние 40 лет, по данным клинических наблюдений, заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивалась [5, 7].

Материалы и методы исследования. В клинических условиях проведено целенаправленное и углубленное обследование 396 пациентов

с различной патологией гепатобилиарной системы (функциональные нарушения желчевыводящей системы, хронический некалькулезный холецистит, жировой гепатоз, хронический гепатит алиментарной этиологии) в возрасте от 22 до 63 лет. Обследование больных проводилось на основе информированного добровольного согласия [п. 4.6.1. Приказа № 163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) МЗ РФ] с соблюдением этических принципов.

Объем исследования был обоснован статистически по частоте выборки по формуле

$$n = t^2pq / \Delta^2,$$

где n – число наблюдений в выборочном исследовании, p – частота изучаемого явления, q – разность между условным числом, на которое рассчитывается частота изучаемого явления и величиной этого показателя, t – доверительный коэффициент, Δ – максимальная ошибка.

В верификации диагноза наряду с анамнестическими и общеклиническими данными использованы результаты ультразвукографического исследования билиарной системы на аппарате *S-DN-500*. Всем больным проводилось многофракционное дуоденальное зондирование, в порциях «В» и «С» желчи определялась суммарная концентрация желчных кислот (ЖК) и холестерина (ХС), фосфолипидов (ФЛ), вычислялись холато-холестериновый коэффициент (ХХК) и фосфолипидно-холестериновый коэффициент (ФЛХК), являющиеся индексами литогенности желчи. Показатели липидного обмена определяли на анализаторе *FP-901(M)* фирмы «*Labsystems*» (*Finland*), в соответствии с полученными данными вычисляли коэффициент атерогенности (КА).

Уровень тревожности исследовали с помощью опросника, разработанного Ч.Д. Спилбергером (США) и адаптированного Ю.Л. Ханиным, позволяющего способом самооценки установить уровень реактивной тревожности как состояния на данный момент и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. Опросник для диагностики депрессивных состояний по Т.Н. Балашовой разработан для скрининг-диагностики при массовых исследованиях (И.Г. Беспалько, 2004).

Для количественного определения гормонов крови (гастрин, инсулин, кортизол) использовали конкурентный метод иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты лабораторно-инструментальных исследований сравнивались с данными конт-

рольной группы, которую составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 60 лет.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере (*AMD Sempron mobile x86* пакеты прикладных программ *Microsoft Excel* версия *XP* для *MS Windows XP Professional*) с использованием библиотеки статистических функций *Biostat*.

Относительный риск (ОР) анамнестических факторов риска ЖКБ рассчитан по формуле

$$\frac{a/n1}{b/n2},$$

где a – частота встречаемости данного фактора среди больных, b – частота встречаемости данного фактора среди лиц контрольной группы, $n1$ – число больных, $n2$ – число лиц. ОР 1–2 расценивался как умеренный риск, ОР 2,1–5 – как высокий риск, ОР 5,1 и более – как очень высокий риск.

Логистическая модель для прогнозирования вероятности (P) развития ЖКБ построена методом логистического регрессионного анализа с использованием пакета прикладных программ *SPSS 13.0.1*. по формуле

$$\ln P1-P = b1x1 + b2x2 = \dots b_n x_n,$$

где $x1, \dots, x_n$ – независимые признаки (факторы риска), $b1, b2, \dots, b_n$ – регрессионные коэффициенты, $P1-P$ – отношение шансов, то есть отношение вероятности развития камней в ЖП к вероятности их отсутствия в ЖП. Значимость уравнения регрессии проверялась с использованием критерия отношения правдоподобия – $2LL$.

Балльная прогностическая таблица построена при помощи диагностической процедуры, в основе которой лежит метод последовательного (секвенциального) анализа [4].

Результаты исследования и их обсуждение.

По выявленным с помощью анамнеза и общего осмотра медико-биологическим, социально-гигиеническим, психологическим факторам риска ЖКБ был рассчитан относительный риск, позволивший выделить наиболее значимые из них (табл. 1).

Наиболее значимыми в развитии ЖКБ являлись такие социально-гигиенические факторы, как злоупотребление алкоголем, несоблюдение принципов рационального питания, избыточная масса тела или ожирение, гиподинамия; из медико-биологических факторов: наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также отягощенной по ЖКБ наследственности и гиперстенический тип конституции. По остальным изучаемым факторам определен умеренный риск для желчного камнеобразования.

Таблица 1. Наиболее значимые факторы риска желчного камнеобразования

№ п/п	Наименование риск-фактора	Относительный риск
Медико-биологические		
1	Женский пол	3,16
2	Зрелый и пожилой возраст (старше 45 лет)	3,67
3	Отягощенная по ЖКБ наследственность	2,05
4	Гиперстенический тип конституции	2,15
5	Множественные беременности и (или) роды (более 3)	4,62
6	Сопутствующие заболевания ЖКТ	5,37
Социально-гигиенические		
7	Злоупотребление алкоголем	1,25
8	Курение	1,56
9	Несоблюдение принципов рационального питания	3,94
10	Избыточная масса тела или ожирение	4,57
11	Гиподинамия	4,25
Психологические		
12	Частые стрессовые ситуации, конфликты в семье и (или) на работе	2,81

Согласно данному факту при составлении нами скрининг-опросника для пациентов, впервые обратившихся в поликлинику с жалобами на боли в правом подреберье и (или) симптомы билиарной диспепсии, были учтены все анамнестические факторы риска ЖКБ вне зависимости от их относительного риска для желчного камнеобразования (табл. 2).

Методом логистического регрессионного анализа построена логистическая модель для прогнозирования вероятности (P) развития ЖКБ только по анамнестическим данным. Каждому учитываемому фактору риска (независимые признаки) присваивался порядковый номер (x_n) и назначался соответствующий балл. С помощью пакета *SPSS 13.0.1* получена следующая модель логистической регрессии:

$$\ln P1-P = 1,404 \times 1 + 2,085 \times 2 + 1,774 \times 3 + 2,397 \times 4 - 0,649 \times 5 - 0,227 \times 6 + 1,013 \times 7 - 1,668 \times 8 + 0,672 \times 9 + 2,102 \times 10 + 0,102 \times 11.$$

Обозначив логит-преобразование $\ln P1-P$ как z , получали формулу прогнозируемой вероятности

$$P = 1 / (1 + e^{-z}),$$

где e – константа (2,718), $z = \ln P1-P$.

В результате тестирования модели была получена точка разделения вероятности, равная 0,7 (более 0,7 – нет вероятности развития ЖКБ или вероятность развития ЖКБ низкая, менее 0,7 – вероятность развития ЖКБ высокая). На достаточно большой выборке показаны: оптимальная специфичность (82,0%), чувстви-

тельность (90,1%) и процент правильной классификации (89,1%) метода.

Таким образом, построенная модель достаточно точно предсказывает вероятность развития ЖКБ по вышеописанным факторам риска, определяемым анамнестически.

Таблица 2. Скрининг-опросник для пациентов, впервые обратившихся в поликлинику с жалобами на билиарные симптомы

x_n	Факторы риска		Баллы
x_1	Пол	женский мужской	1 0
x_2	Возраст	менее 30 лет от 30 до 49 лет от 50 до 69 лет более 70 лет	1 2 3 4
x_3	Наследственность по ЖКБ	отягощена не отягощена	1 0
x_4	ИМТ	менее 25 от 25 до 29 от 30 до 39 более 40	1 2 3 4
x_5	Конституция	астеник нормостеник гиперстеник	1 2 3
x_6	Количество беременностей (для женщин)	нет 1 или 2 3 или 4 5 и более	0 1 2 3
x_7	Злоупотребление алкоголем	да нет	1 0
x_8	Курение	да нет	1 0
x_9	Гиподинамия	да нет	1 0
x_{10}	Нарушение диеты	да нет	1 0
x_{11}	Частые стрессы	да нет	1 0

На наш взгляд, экономически более выгодно проведение сложных диагностических исследований лишь тем пациентам, у которых по анамнезу определена высокая вероятность развития ЖКБ (точка разделения вероятности менее 0,7).

Согласно литературным данным, в медицине существуют способы диагностики заболеваний с учетом значения отдельных клинических данных и лабораторно-инструментальных показателей на основании балльной шкалы диагностики [6].

Следующим этапом прогностического поиска была разработка балльной прогностической таблицы (табл. 3), позволившей выделить больных в группы риска по развитию ЖКБ на основании не только клинических, но и лабораторно-инструментальных методов исследования [9].

Проанализированы независимые количественные и качественные показатели. Из независимых количественных показателей оценивались индексы литогенности желчи, возраст, индекс массы тела (ИМТ), количество беременностей для женщин, коэффициент атерогенности (КА), сократительная функция желчного пузыря (СФЖП), уровень триглицеридов, кортизола, гастрин, инсулина, реактивной тревожности (РТ), личностной тревожности (ЛТ), депрессии (Д).

При биохимическом исследовании желчи выявлено снижение индексов литогенности: ХХК составил (в ед.) в порции «В» $1,28 \pm 0,02$, $p < 0,0001$, в порции «С» $-1,44 \pm 0,01$, $p < 0,0001$ (при контроле $6,12 \pm 0,32$ и $7,04 \pm 0,25$), ФЛХК составил (в ед.) в порции «В» $0,10 \pm 0,01$, $p < 0,0001$, в порции «С» $-0,04 \pm 0,33$, $p < 0,0001$ (при контроле $0,51 \pm 0,01$ и $0,11 \pm 0,001$).

У 76,0 % пациентов наблюдался гипотонус желчного пузыря, у 8,8% пациентов – гипертонус, 15,15% пациентов имели нормальную СФЖП.

Исследование липидного спектра крови показало повышение концентрации ТГ ($1,85 \pm 0,021$ г/л, $p < 0,05$, при контроле $0,90 \pm 0,003$ г/л) и увеличение КА ($6,01 \pm 0,05$ ед, $p < 0,001$, при контроле 2,88 ед). Нормальный вес тела имели 34,3% больных, ИМТ составил у них $23,8 \pm 1,4$ кг/м², избыточный вес и ожирение наблюдались у 64,14% пациентов, при этом ИМТ составил $41,2 \pm 1,8$ кг/м².

У обследованных пациентов зарегистрирована гиперкортизолемиа $-948,3 \pm 22,42$ нмоль/л, $p < 0,0001$ (при контроле $481,5 \pm 12,32$ нмоль/л), гипогастринемия $27,06 \pm 3,02$ пг/мл, $p < 0,0001$ (при контроле $66,14 \pm 3,32$ пг/мл) и гиперинсулинемия $10,95 \pm 0,41$ мкЕд/мл, $p < 0,0001$ (при контроле $5,0 \pm 0,1$ мкЕд/мл).

Таблица 3. Прогностическая таблица для выявления пациентов группы риска по ЖКБ

Категории		Наличие или уровень изучаемого признака	Баллы
1	ХХК «В» (ед)	<1,0	6
		1,0–3,0	4
		3,1–5,0	-8
		>5,0	-10
2	ХХК «С» (ед)	<1,0	6
		1,0–3,0	4
		3,1–5,0	-8
		>5,0	-10
3	ФЛХК «В» (ед)	<0,2	2
		0,2–0,4	-1
		>0,4	-3
4	ФЛХК «С» (ед)	<0,05	2
		0,05–0,1	-1
		>0,1	-3
5	СФЖП	нормотонус	-12
		гипертонус	-9
		гипотонус	14
6	Хронические заболевания ЖКТ	нет	-6
		есть	11
7	Нарушение диеты	нет	-4
		есть	10
8	Кортизол (нмоль/л)	<480,0	-10
		480,1–660,0	-4
		660,1–840,0	1
		>840,0	7
9	Триглицериды (г/л)	<0,3	-5
		0,3–1	-4
		1,1–1,7	1
		1,8–2,4	4
10	КА (ед)	<1,1	-6
		1,1–3,0	-4
		3,1–5,0	1
		5,1–7,0	4
		>7,0	13
11	Курение	нет	-2
		да	8
12	Стрессы	нет	-2
13	РТ (баллы)	<40	-5
		41–60	1
		>60	5
14	ЛТ (баллы)	<40	-4
		41–60	2
		>60	5
15	Конституция	нормостеник	-3
		астеник	-1
		гиперстеник	3
16	Злоупотребление алкоголем	нет	-1
		да	7
17	Инсулин (мкЕд/мл)	<11,0	-3
		11,0–18,0	2
		>18,0	4
18	ИМТ (кг/м ²)	<25,0	-2
		25,0–45,0	2
		>45,0	8
19	Гастрин (пг/мл)	<30,0	2
		30,0 и более	-2
20	Депрессия (баллы)	<60	-2
		60 и более	2
21	Количество беременностей	<2	-3
		2	-1
		3	0
		4 и более	2
22	Возраст	<55	-1
		56–75	1
		>75	2
23	Наследственность	нет	-2
		есть	8
24	Гиподинамия	нет	-2
		есть	8

О психо-эмоциональной дезадаптации пациентов свидетельствуют высокие уровни (в ед.) РТ, ЛТ и Д (41,3+3,4; 49,8+5,4 и 47,2+3,1 соответственно), при контроле – 26,4+2,3; 34,7+1,6 и 36,7+2,7 соответственно.

Среди независимых качественных показателей учитывали пол пациента, наличие сопутствующих хронических заболеваний ЖКТ, нарушения диеты, гиподинамию, стрессовые ситуации, отягощенную по ЖКБ наследственность, курение, злоупотребление алкоголем.

Показатели для построения балльной шкалы перекодировали в баллы. При сумме баллов 13 и менее возможность развития ЖКБ крайне низкая. Сумма баллов в интервале от –12 до +12 говорит о средней степени риска развития ЖКБ; сумма баллов 13 и более – о высокой степени риска развития ЖКБ. Чувствительность разработанной модели – 98,02%, специфичность – 98,00%.

Выводы. 1. Выявленная при проведении скрининг-опроса пациентов вероятность развития ЖКБ служит основанием для углубленного комплексного исследования гепатобилиарной системы.

2. Результаты, полученные по балльной прогностической таблице, позволяют диагностировать ЖКБ на ранней стадии.

3. Полученная по прогностической таблице сумма баллов 12 и более служит основанием для взятия пациентов на диспансерный учет по ЖКБ.

Список литературы

1. **Алексеева, Л.А.** Обобщенные решения нестационарных краевых задач для уравнений Максвелла / Л.А. Алексеева // Журнал вычислительной математики и математической физики. – 2002. – Т. 42, № 1. – С. 23–33.
2. **Щербинин, М.Б.** Балльная система диагностики холестероза желчного пузыря / М. Б. Щербинин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 4. – С. 33–40.
3. **Беспалько, И.Г.** Шкала для экспресс психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств: пособие для психологов и врачей / И.Г.Беспалько. – СПб, 2004. – 26 с.
4. **Вальд, А.** Последовательный анализ / А.Вальд. – М.: Физматлит, 1960. – 328с.
5. **Вахрушев, Я.М.** Желчнокаменная болезнь / Я.М. Вахрушев. – Ижевск: Экспертиза, 2004. – 75 с.
6. **Копанева, М.И.** Поликлинические аспекты отдаленных результатов наблюдения за больными, перенесшими холецистэктомию: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. И. Копанева. – М., 2004. – 22 с.
7. **Лазебник, Л.Б.** Желчнокаменная болезнь: пути решения проблемы / Л. Б. Лазебник, А. А. Ильченко // Терапевтический архив. – 2005. – № 2. – С. 5–10.
8. **Сквирская, Г.П.** Оценка качества диагностики заболеваний с абдоминальным синдромом на догоспитальном этапе и в стационаре / Г. П. Сквирская, В. В. Луканов // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2010. – № 7. – С. 21–25.
9. Способ прогнозирования развития желчнокаменной болезни: пат. 2461827 Российская Федерация / Н.А. Хохлачева, Я.М. Вахрушев, Г.З. Муратова.
10. **Щепин, В.О.** Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и динамики их структурных преобразований: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.О.Щепин. – М, 1997. – 48 с.
11. **Larsson, S.C.** Obesity and the risk of gallbladder cancer: a meta-analysis / S. C. Larsson, A. Wolk // Br. J. Cancer. – 2007. – Vol. 96 (9). – P. 1457–1461.

УДК 616.37-036.22 (470.51)

О.Д. Михайлова

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Михайлова Ольга Дмитриевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры

Целью исследования явилось изучение динамики заболеваемости поджелудочной железой (ПЖ) среди населения Удмуртской Республики (УР) и прогнозирование ее на ближайшие годы. За анализируемый период выявлен рост как общей, так и первичной заболеваемости патологией ПЖ в УР (на 246 и 92% соответственно), более выраженный среди сельского населения. Выявлены районы с наиболее высокой и низкой заболеваемостью. С помощью метода трендового моделирования можно прогнозировать в ближайшие 5 лет увеличение распространенности заболеваний ПЖ до уровня Российской Федерации и выше. Ожидаемый в ближайшие годы рост заболеваемости ПЖ, особенно среди сельского населения, требует организации активной диспансеризации населения.

Ключевые слова: заболеваемость поджелудочной железой; прогнозирование.

O.D. Mikhaylova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Propedeutic Inner Diseases

EPIDEMIOLOGY OF PANCREAS DISEASES IN UDMURT REPUBLIC IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY OF HEALTH MINISTRY, RUSSIA

Mikhaylova Olga Dmitrievna – Candidate of Medical Science, Associate Professor of Department

The aim of our investigation was to study the dynamic of morbidity level of pancreas in Udmurt Republic (UR) and in its regions and to prognose it for nearest years. We used the official statistic materials of Republic medical information-analytic center for 2001-2012 yy. In analyses of received data we used trend models and statistic method. We found that during analyzing period common morbidity of pancreas in UR increased as well as primary – on 246% and 92% correspondently, especially in rural population. The regions with high and low morbidity were revealed. By trend model method we can prognose raising of pancreas morbidity for nearest 5 years till the level of Russian one and higher. Awaiting rise of morbidity, more in rural population, requires to organize active prophylactic measures.

Key words: pancreas morbidity, prognosing.

За последние 15 лет уровень заболеваемости органов пищеварения во всех возрастных группах населения имеет тенденцию к росту как в России, так и за рубежом [3]. В структуре заболеваемости органов пищеварительной системы хронический панкреатит (ХП) составляет от 5,1 до 9 %. Наибольший уровень заболеваемости ХП в мире (32,9 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Японии [9]. В России распространенность хронического панкреатита у взрослых составляет 27,4–50,0 случаев на 100 тыс. населения [1, 4, 10]. При этом отмечен рост числа заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) за последние 10 лет в 3 раза среди взрослых, в 4 раза – среди подростков [11]. В 2011 г. наиболее высокой в Российской Федерации была как общая, так и первичная заболеваемость патологией ПЖ в Приволжском федеральном округе (ПФО) – 1048,2 на 100 тыс. населения и 136,6 на 100 тыс. населения соответственно [2]. В Удмуртской Республике за последние 10 лет выявлено увеличение общей заболеваемости патологией ПЖ на 246%, первичной – на 92% [5]. Анализ региональных особенностей распространенности заболевания за несколько лет позволит получить наиболее правильное представление о частоте возникновения и динамике патологии, а также разработать предложения по совершенствованию социально-гигиенических и лечебных мероприятий, направленных на её снижение.

Цель работы: изучение динамики заболеваемости ПЖ среди населения Удмуртской Республики (УР) на основании данных общей и первичной заболеваемости за период 2001–2012 гг. и прогнозирование ее на ближайшие годы.

Материалы и методы. В работе использованы сведения официальной статистики за

период 2001–2012 гг. Республиканского медицинского информационно-аналитического центра МЗ УР и сборники «Заболеваемость всего населения России» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ. Проведено клинико-эпидемиологическое изучение распространенности заболеваний ПЖ в 4 городах (Ижевск, Сарапул, Воткинск, Глазов) и 25 сельских районах УР. При анализе имеющейся информации применены статистические методы исследования. В прогнозировании заболеваемости на ближайшие пять лет использован метод трендового моделирования. Модели были построены в программе *Microsoft Excel 2003* (полиномиальный и экспоненциальный тренды). Адекватность модели проверялась с помощью критерия *R*: если значение критерия достаточно близко к единице, модель можно считать адекватной, то есть распределенной по нормальному закону.

Результаты. За анализируемый период отмечен рост общей заболеваемости по всем болезням органов пищеварения в УР, который составил 43%. По результатам трендового моделирования в ближайшие 5 лет ожидается значительное увеличение патологии органов системы пищеварения.

На этом фоне наблюдается отчетливая тенденция к увеличению общей заболеваемости по патологии ПЖ: за 10 лет отмечен рост на 246% (рис. 1), ежегодный прирост заболеваемости составлял от 10,7 до 18,6%, хотя показатели несколько ниже, чем в РФ и ПФО. С высокой вероятностью ($R^2=0,98$) ожидается дальнейшее увеличение общей заболеваемости по болезням ПЖ, причем к 2014 г. распространенность патологии в УР достигнет уровня РФ и затем превысит ее.

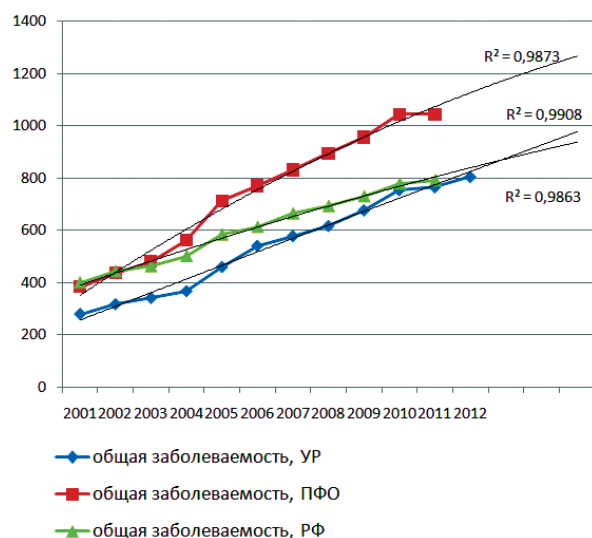


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости на 100 тыс. населения по болезням ПЖ в УР, ПФО и РФ

Первичная заболеваемость по патологии ПЖ в УР за последние 10 лет также существенно увеличилась, оставаясь ниже, чем в РФ и ПФО (рис. 2). Несмотря на небольшое снижение числа зарегистрированных случаев патологии ПЖ в 2011 и 2012 гг., с помощью трендового моделирования прогнозируется дальнейший рост возникновения заболеваний ПЖ в ближайшие 5 лет в УР, ПФО и РФ.

Среди городского населения УР заболеваемость имеет тенденцию к стабилизации: в 2010 г. первичная заболеваемость уменьшилась на 5,7%, в 2011г. как общая, так и первичная – на 7,3%, в 2012 г. первичная снизилась на 5,0%, а общая вновь возросла на 7,3%. Но прогнозирование показывает возможный рост патологии ПЖ (рис. 3). При этом общая заболеваемость в городах УР была выше, чем по республике, на 11–15%, приближаясь к общероссийскому показателю, снизившись лишь в 2011 и 2012 гг., а первичная – напротив, ниже, чем в УР, на 9–22%.

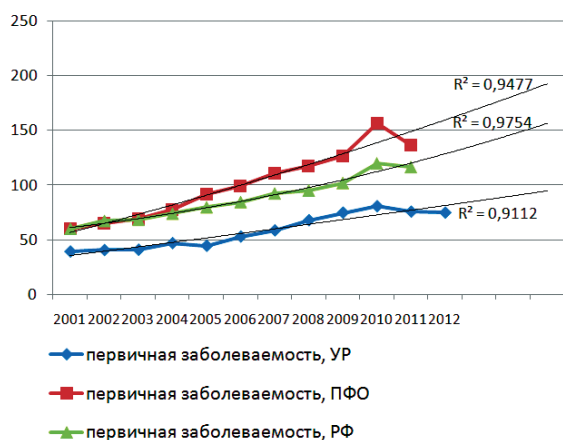


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости на 100 тыс. населения по болезням ПЖ в УР, ПФО и РФ

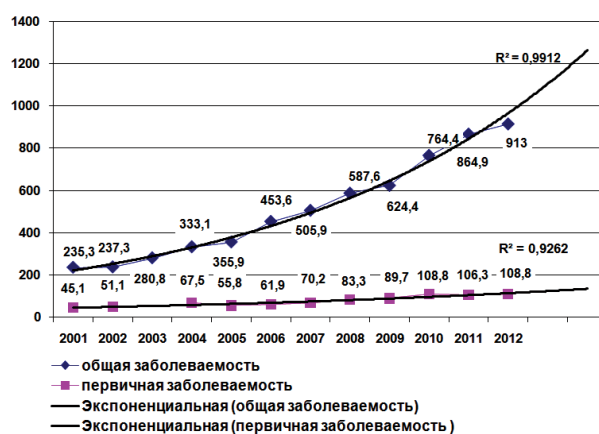


Рис. 3. Динамика заболеваемости на 100 тыс. населения по болезням ПЖ в городах УР

Распространенность заболеваний ПЖ наиболее высокая в городах Ижевске и Глазове (табл. 1), низкая – в Сарапуле; первичная заболеваемость максимально высокая в Воткинске, где этот показатель почти в 2 раза выше республиканского. В Воткинске в последние годы отмечается самая низкая в городах УР обеспеченность врачами, в том числе терапевтического профиля [6], что, возможно, приводит к поздней диагностике. Намечена тенденция к снижению числа впервые выявленных случаев заболеваний ПЖ в Ижевске, что, возможно, связано с профилактической работой среди населения.

Среди сельского населения за изучаемый период выявлен рост общей заболеваемости по патологии ПЖ в 2,4 раза, первичной – в 1,9 раза, что можно объяснить использованием современных диагностических исследований (рис. 4). Темпы роста заболеваемости выше, чем по республике. Так, если в 2001 г. общая заболеваемость сельского населения по патологии ПЖ составляла 235,3 на 100 тыс. населения, а в УР – 280,2 на 100 тыс. населения, то в 2012 г. – 913,0 на 100 тыс. населения и 806,1 на 100 тыс. населения соответственно.

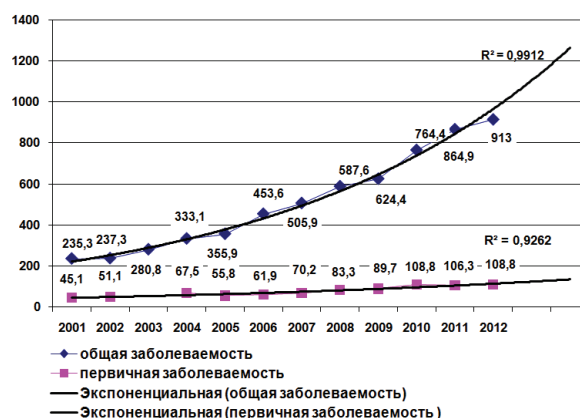


Рис. 4. Динамика заболеваемости на 100 тыс. населения по болезням ПЖ в районах УР

Таблица 1. Динамика заболеваемости патологией ПЖ в городах УР на 100 тыс. населения

Город	Общая заболеваемость						Первичная заболеваемость					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ижевск	695,6	730,0	797,3	856,0	796,4	846,8	48,4	52,7	67,7	57,4	39,8	37,6
Сарапул	269,5	165,0	264,1	275,9	318,6	374,8	32,1	10,1	15,2	33,6	47,3	53,7
Воткинск	772,6	595,3	863,5	894,1	629,2	497,8	112,7	117,2	118,6	136,3	167,6	147,0
Глазов	617,7	764,8	719,1	686,2	763,7	964,9	43,2	76,4	62,8	52,8	69,9	73,3
Всего в городах	646,1	653,3	734,2	774,2	718,4	766,0	53,2	57,8	66,9	63,1	58,5	55,7
Всего по УР	579,1	617,9	677,7	755,4	765,9	806,1	58,6	67,7	74,6	80,5	75,5	74,7

Первичная заболеваемость в 2001 г. в районах была на 10,3% ниже, чем по УР, а в 2012 г. – на 45,6% выше республиканского показателя. С помощью метода трендового моделирования можно прогнозировать в ближайшие 5 лет увеличение заболеваемости патологией ПЖ среди жителей сельских районов УР общей в 2,1 раза ($R=0,99$), первичной в 2 раза ($R=0,93$).

Среди районов УР самая высокая общая заболеваемость отмечена в северных районах – Бале-зинском и Кезском, где в 2012 г. этот показатель выше среднего по республике в 2,9 и 2,6 раза (табл. 2). Наиболее высокие темпы роста заболеваемости выявлены в Селтинском районе – в 4,7 раза за 6 лет.

Первичная заболеваемость также высокая в Бале-зинском районе (табл. 3). Этот район явля-

ется самым неблагополучным в Удмуртии по частоте отравлений алкоголем и его суррогатами, в том числе и со смертельным исходом [7], а алкоголь является одним из основных этиологических факторов поражения ПЖ. Кроме того, уровень зарплаты в районе на 33% ниже, чем в среднем по УР [8], что не может не сказаться на качестве питания. С другой стороны, при оценке заболеваемости необходимо учитывать качество медицинской помощи. По результатам обобщенной оценки деятельности ЛПУ УР в 2012 г. Бале-зинский и Кезский районы находились на 17-м и 22-м местах соответственно [7]. Самой низкой общей и первичная заболеваемость за изучаемый период была в Сарапульском и Юкаменском районах, которые в 2012 г. занимали 2-е и 4-е ранговые места.

Таблица 2. Динамика общей заболеваемости патологией ПЖ на 100 тыс. населения в районах УР

Район	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Бале-зинский	1727,7	1860,5	1747	2381,6	2420,8	2380,8
Кезский	1338,8	1388,5	1552,7	1640,4	2068,9	2096,7
Селтинский	229	146,3	371,7	623,8	941,2	1069,8
Юкаменский	130,5	235,7	296,5	184,2	303,7	71,8
Сарапульский	228,3	185,2	199,4	243,9	255,8	125,0
Всего по районам	505,9	587,6	624,4	764,4	864,9	913,0
УР	579,1	617,9	677,7	755,4	765,4	806,1

Таблица 3. Динамика первичной заболеваемости патологией ПЖ на 100 тыс. населения в районах УР

Район	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Бале-зинский	290,2	228,1	215,6	250,6	254,2	318,6
Дебесский	28,9	233,3	336,3	204,4	347,4	103,1
Якшур-Бодьинский	57,2	175,8	228,1	114,2	205,0	200,0
Сарапульский	54,0	29,5	29,7	51,4	44,7	28,2
Игринский	26,0	14,1	33,0	80,1	26,2	26,4
Юкаменский	37,3	9,4	28,7	48,5	19,6	10,3
Всего по районам	70,2	83,3	89,7	108,8	106,3	108,8
Республика	58,6	67,7	74,6	80,5	75,5	74,7

Столь высокая разница в показателях заболеваемости среди сельского населения может быть обусловлена различием в уровне обеспеченности врачами и лечебно-диагностическим оборудованием в лечебных учреждениях, в доступности медицинской помощи на селе, а также особенностями организации статистического учета и анализа информации. В районах с высокой заболеваемостью требуется организация специализированной гастроэнтерологической помощи с целью профилактики осложнений заболеваний ПЖ, особенно ведущих к инвалидизации, а также исключение гипердиагностики. В районах с низкими показателями заболеваемости необходима активизация деятельности врачей первичного звена для выявления патологии, чему, возможно, будет способствовать возобновляемая, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 03.12.2012 года № 1006н, с 2013 г. диспансеризация взрослого населения.

Заключение. Среди населения УР наметилась отчетливая тенденция к увеличению распространенности патологии ПЖ. Существенный рост заболеваемости наблюдается среди сельского населения, при этом выявлены районы с высоким и низким уровнями заболеваемости. Прогнозируемый в ближайшие годы рост заболеваемости ПЖ свидетельствует о необходимости разработки новых лечебных методов и повышения эффективности диспансерной работы.

УДК 616.12-07:614.88:612.014.464

З.М. Сигал, С.Ю. Мещанов

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сигал Золтан Мойшевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; Мещанов Сергей Юрьевич — ассистент кафедры

Показана важность определения сатурации артериальной крови на догоспитальном этапе врачами общей практики. Определены показатели сатурации у здоровых людей. Найдены изменения оксигенации артериальной крови при использовании стандартных фармакологических препаратов и оборудования.

Ключевые слова: сатурация, пульсоксиметрия, гипоксемия.

Z.M. Sigal, S.Y. Meshchanov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Chair of Operative Surgery

PULSE OXIMETRY IN PRACTICE OF CARDIOLOGICAL AMBULANCE

Sigal Zoltan Moysheovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Chair; Meshchanov Sergey Yurevich — Lecturer of the Chair

It is shown the importance of arterial blood in prehospital stage by doctors of general practice. It was revealed the results of saturation of healthy people. It was found the changes of oxygenation of arterial blood during the use of standard pharmacological drugs and equipment.

Key words: saturation, pulse oximetry, hypoxemia.

Список литературы

1. Буторова, Л.И. Хронический панкреатит как медико-социальная проблема / Л.И. Буторова, А.Л. Васильев, И.М. Козлов // Русский медицинский журнал. — 2008. — № 3. — С. 60–75.
2. Заболеваемость всего населения России в 2011 г.: статистические материалы. — Москва, 2012.
3. Лазебник, Л.Б. Фармакоэкономические аспекты применения ингибиторов протонной помпы / Л.Б. Лазебник, А.А. Машарова, М.Г. Гусейнзаде // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2006. — № 4. — С. 67–72.
4. Минушкин, О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О.Н. Минушкин // Фарматека. — 2007. — № 2. — С. 53–56.
5. Михайлова, О.Д. О распространенности заболеваний поджелудочной железы в Удмуртской Республике / О.Д. Михайлова, Я.И. Григус, Я.М. Вахрушев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2013. — № 4. — С. 21–24.
6. Основные показатели деятельности медицинских учреждений Удмуртской Республики за 2012 г. (по данным годовых статистических отчетов). — Часть 1. — Ижевск, 2013. — 122 с.
7. Заболеваемость всего населения России в 2011 г. Статистические материалы. Часть II. — Москва, 2012. — 139 с.
8. Отчет Администрации Базинского района о выполнении прогноза социально-экономического развития района на 2012–2014 г. за 2012 г. — Сведения доступны также по Интернет: <http://balezino.udmurt.ru>.
9. Третьяк, С.И. Эпидемиология и этиология хронического панкреатита / С.И. Третьяк, С.М. Ращинский, Н.Т. Ращинская // Здравоохранение. — 2010. — № 1.
10. Хронический панкреатит: алгоритм диагностики и лечебной тактики / под ред. И.В. Маева. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ, 2006. — 103 с.
11. Хронический панкреатит / под ред. Я.М. Вахрушева. — Ижевск, 2006. — 218 с.

В последние годы медики всего мира отмечают катастрофическую тенденцию к развитию артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, инфарктов, инсультов у трудоспособного населения [1, 2]. Артериальная кровь должна насыщаться кислородом, а если этого не происходит в течение 3–4 минут – человек умирает. Таким образом, уровень насыщения артериальной крови кислородом (сатурация – SpO_2) является важнейшим параметром жизнедеятельности организма. При недостаточном поступлении кислорода в организм или нарушении его поглощения тканями возникает патологическое состояние – гипоксия.

В практике врачей кислородное голодание – наиболее часто встречающееся состояние и при заболеваниях лёгких (бронхиальная астма, пневмония и др.), и при остром заболевании других систем организма (острый инфаркт миокарда с отёком лёгких и др.) и при травмах (черепно-мозговая, грудная клетка, живот и др.) [1, 2, 5, 6]. Следовательно, измерение сатурации должно быть неотъемлемой частью клинического обследования пациента наряду с измерением артериального давления, частоты дыхания и пульса, а врач, помимо стетоскопа и тонометра, должен иметь и пульсоксиметр. Пульсоксиметрия – неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина [1, 2, 3, 6] в артериальной крови.

В клинической практике предлагается пользоваться терминами «насыщение артериальной крови кислородом» или «оксигенация артериальной крови», а термин «сатурация» обозначается параметром SpO_2 .

Работа пульсоксиметра основана на способности гемоглобина, связанного (HbO_2) и несвязанного с кислородом (Hb) поглощать свет различной длины волны [3, 5].

Цель работы: выявление и коррекция специфических пульсоксиметрических показателей экстренных кардиологических больных.

Задача – определение нормального среднестатистического значения SpO_2 , изучение изменения сатурации у больных с гипертонической болезнью при применении гипотензивных препаратов, коррекции гипоксемии при снижении артериального давления.

Материал и методы исследования. Для определения нормального среднестатистического

значения SpO_2 у практически здоровых людей нами было обследовано 136 волонтеров в возрасте от 20 до 23 лет, не имеющих хронических заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой и кроветворной систем. Приводим данные измерений сатурации у здоровых людей, %:

n	SpO_2 , %
5	99
88	98
23	97
7	96
8	95
2	94
1	93
2	91

С целью определения влияния на изменение сатурации наиболее часто применяемых медикаментов при лечении гипертонической болезни были исследованы группы β -адреноблокаторов и блокаторов кальциевых каналов (исследование проводили в условиях работы специализированной кардиологической бригады станции скорой медицинской помощи г. Ижевска).

Обследовано 12 пациентов с диагнозом *ишемическая болезнь сердца (ИБС) + гипертоническая болезнь*, получавших для лечения метопролол 50 мг + нитроглицерин.

Идентично обследовано 12 пациентов с диагнозом *ишемическая болезнь сердца + гипертоническая болезнь*, получавших для лечения нифедипин 10 мг + нитроглицерин.

Таблица 1. Пульсоксиметрические показатели до (1) и после (2) лечения больных с ишемической болезнью сердца + гипертоническая болезнь метопрололом + нитроглицерином ($n=12$)

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$	Sx Sy	Эффект сравнения $\Delta \pm d\Delta$, $\Delta\Delta$
1	94,67 $\pm$ 1,36	0,62	17,17 $\pm$ 8,55
2	77,5 $\pm$ 9,91	4,5	-3,88

Таблица 2. Пульсоксиметрические показатели до (1) и после (2) лечения больных с ИБС+ гипертоническая болезнь нифедипином + нитроглицерином ($n=12$)

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$	Sx Sy	Эффект сравнения $\Delta \pm d\Delta$, $\Delta\Delta$
1	95,3 $\pm$ 0,63	0,28	0,8 $\pm$ 0,01
2	94,5 $\pm$ 0,64	0,29	-0,01

Результаты и обсуждение. Мы получили среднюю нормативную величину: $Sp O_2 = 97,39 \pm 0,22$.

При лечении стандартными препаратами выявляется снижение артериального давления и частоты сердечных сокращений, однако имеется побочный эффект в снижении сатурации.

При сравнении полученных результатов чётко выявляется необходимость в коррекции гипоксемии, возникающей после приёма гипотензивных препаратов. Зачастую медики считают, что оксигенотерапия важна лишь при ургентных состояниях (острый инфаркт миокарда, отёк лёгких, инсульт и др.), недооценивая её значение при других патологических процессах. Особенно это актуально на догоспитальном этапе (скорая медицинская помощь, поликлиника). В подтверждение вышеперечисленного приведём клинические примеры из работы специализированной кардиологической бригады станции скорой медицинской помощи г. Ижевска.

М. 1957 г.р. Жалобы на головные боли, ноющие боли в области сердца без иррадиации, сердцебиение, общая слабость (ЭКГ без патологических изменений). До лечения: ЧСС 88, АД 190/90, SpO_2 93. После лечения метопрололом+нитроглицерином+ингаляция O_2 : ЧСС 74, АД 150/80, SpO_2 97.

Ж. 1933 г.р. Жалобы на дискомфорт за грудиной, чувства нехватки воздуха, общую слабость (ЭКГ без патологических изменений). До лечения: ЧСС 62, АД 180/100, SpO_2 94. После лечения нифедипином+нитроглицерином+ингаляция O_2 : через 20 минут ЧСС 68, АД 140/85, SpO_2 98.

Ж. 1944 г.р. Жалобы на интенсивные давяще-жгучие боли за грудиной без иррадиации, одышку, общую слабость (на ЭКГ признаки острого задне-диафрагмального инфаркта миокарда). До лечения: ЧСС 90, АД 160/90, SpO_2 88. Лечение: 1 мл морфина в/в, нитроспрей 4 дозы под язык, таблетка аспирина внутрь, ингаляция O_2 . После лечения через 20 минут: ЧСС 86, АД 120/80, SpO_2 96.

М. 1955 г.р. Жалобы на перебои в работе сердца, одышку, сердцебиение (на ЭКГ пароксизм фибрилляция предсердий). До лечения: ЧСС 120-160, АД 120/70, SpO_2 90. Пароксизм купирован введением в/в 10 мл 10% раствора новокаинамида, 0,3 мл 1% раствора мезатона, 10 мл аспаркама в/в на фоне ингаляции O_2 . После лечения: ЧСС 84, АД 130/80, SpO_2 95.

Ингаляция проводилась 70,0% кислородом под давлением 10 атмосфер в течение 10–15 минут у больных с ИБС, гипертонической болезнью, мерцательной аритмией, острым инфарктом миокарда. В результате достигнут положительный эффект коррекции гипоксемии.

Вывод. Показатели насыщения крови кислородом необходимо оценивать не только у экстренных больных, но и у пациентов в стабильном состоянии с целью выявления хронической гипоксемии. Это позволит улучшить прогноз их жизни и вовремя назначить адекватную медикаментозную и кислородотерапию.

Список литературы

1. Компьютерная пульсоксиметрия / Р.В. Бузунов [и др.]. – Ижевск: ИГМА, 2013. – 44 с.
2. Бузунов, Р.В. Пульсоксиметрия, сатурация: возможности компьютерной пульсоксиметрии в диагностике обструктивного апноэ сна и дыхательной недостаточности. / Р.В. Бузунов; ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха», 2013. – 124 с.
3. Калакуцкий, Л.И. Аппаратура и методы клинического мониторинга / Л.И. Калакуцкий, Э.С. Манелис. – М. Высшая школа, 2004. – 157 с.
4. Крамер, Г. Математические методы статистики: пер. с англ / Г. Крамер. – 2 изд. – М., 1975. – 220 с.
5. Фернлей, С.Дж. Пульсоксиметрия / С.Дж. Фернлей // Update in Anaesthesia. – 1998. – Вып. 3. – С. 10.
6. Davidson, JAH. Limitations of pulse oximetry: respiratory insufficiency – a failure of detection. / JAH Davidson, Hosie HE // BMJ 1993; 307: 372–373.

УДК 612, 39: 612. 014. 464: 616-092

З. М. Сигал, Ф. Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗОВ

Сигал Золтан Мойшевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; Бабушкин Федор Григорьевич – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры; Мещанов Сергей Юрьевич – ассистент кафедры.

Показана возможность определения сатурации артериальной крови большого сальника у экспериментальных животных пульсоксиметром VX «Armed». Выявлены наиболее высокие показатели сатурации в левом крае большого сальника (97%); это позволяет использовать его для защиты и ускорения регенерации шовной полосы дигестивных и билиодигестивных анастомозов.

Ключевые слова: большой сальник, сатурация, пульсоксиметр VX «Armed».

Z.M. Sigal, F.G. Babushkin, S.Y. Meshchanov.

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Chair of Operative Surgery

PULSE OXIMETRY OF THE OMENTUM MAJOR FOR PROPHYLAXIS OF THE INSOLFENSY SEAMS ANASTOMOSES

Sigal Zoltan Moyshevich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Chair; Babushkin Fedor Grigor'evich – Candidate of Medical Sciences, Senior Instructor; Meshchanov Sergey Yur'evich – Assistant of the Chair.

The article demonstrates the possibility of determining the saturation of arterial blood in omentum major of experimental animals by the pulse oximeter VX «Armed». The highest indices of saturation have been revealed in the left region of omentum major (97,0%). It will make possible using omentum major for of the suture stripe protecting and accelerating regeneration of digestive and biliodigestive anastomoses.

Key words: omentum major, saturation, pulse oximeter «Armed».

В хирургической практике для профилактики недостаточности шовной полосы дигестивных и билиодигестивных анастомозов широко используется большой сальник. В заживлении анастомозов огромную роль играет кровоснабжение сальника. Полученные в ходе научно-исследовательских работ данные позволили научно обосновать критерии жизнеспособности тканей и органов по сатурации (SpO_2) кислородом гемоглобина артериальной крови [1, 2, 4, 7–11]:

- *сохраненная жизнеспособность* > 90%,
- *условная жизнеспособность* 90–75%,
- *сомнительная жизнеспособность* < 75%.

В доступной нам литературе мы не нашли работ о сатурации большого сальника у экспериментальных животных.

Цель исследования: выявление повышения эффективности и надежности заживления межкишечных анастомозов. Задачи: изучить сатурацию различных участков большого сальника, выявить участки с наилучшим кровоснабжением для практического использования.

Материал и методы исследования. Эксперимент был организован в соответствии с требованиями «Европейской конвенции по защите позвоночных, используемых для экспериментальных и иных научных целей» (Страсбург, 1986). Все животные содержались в одинаковых условиях на стандартном рационе вивария ГБОУ ВПО ИГМА. Нами проведены экспериментальные исследования на 10 беспородных кроликах весом от 3,5 до 5 кг.

Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина вскрывали брюшную полость и выводили в рану большой сальник. Измерение парциального давления кислорода проводили в трех участках большого сальника: в левом (x), нижнем (y) и правом (z) краях.

Для проведения прямой оксиметрии применяли пульсоксиметр VX «Armed». Измерение

проводили контактным способом. Данные сатурации (SpO_2) фиксировались на дисплее пульсоксиметра в процентах.

Измерен также интраорганный пульс по методу З.М. Сигала [5] в трех точках – у основания трансплантата, на середине и в дистальном отделе, после окутывания сальником шовной полосы анастомоза.

Результаты и обсуждения. Проведено по сатурации 10 исследований в каждом крае (x – левый, y – нижний, z – правый) большого сальника (всего 30).

Полученные показатели оксиметрии в эксперименте на животных обработаны методом статистического анализа по общеизвестной методике [3] (табл. 1)

Ранее З.М. Сигалом [5] обнаружено явление взаимодействия и трансформации артериальных потоков. На основании этого открытия выкраивают лоскут с двумя сальниковыми артериями, анастомозирующими друг с другом, так как столкновение артериальных потоков ведет к увеличению давления, тем самым обеспечивая прекращение кровотока на элементы следующего калибра, и в конечном счете это приводит к улучшению кровотока в лоскуте большого сальника.

Учитывая данный феномен кровоснабжения, нами проведена оксиметрия левого края большого сальника до – (x_2) и после рассечения его (x_1) в продольном направлении в той же группе кроликов (табл. 2)

Таблица 1. Оксиметрия в различных участках большого сальника (n=10)

Объекты	$x \pm dx$ $y \pm dy$ $z \pm dz$	Sx Sy Sz	Эффект сравнения $\Delta \pm d\Delta$, $\Delta \Delta$		t p
x	97±0,93	0,42	x	4,25±0,28	14
			y	0,13	< 0,05
y	93±0,65	0,29	y	5,49±0,8	6,6
			z	-0,04	< 0,05
z	87±0,73	0,33	x	9,74±0,2	6,01
			z	0,09	< 0,05

Таблица 2. Оксиметрия левого края большого сальника до – (x_2) и после рассечения(x_1) его ($n=10$)

Объекты	$x_2 \pm dx_2$ $x_1 \pm dx_1$	Sx_2 Sx_1	Эффект сравнения $\Delta \pm d\Delta$, SA
После рассечения (x_1)	98,0 $\pm$ 0,7	0,32	1,39 $\pm$ 0,71 0,03
До рассечения (x_2)	97,0 $\pm$ 0,78	0,35	

Согласно исследованию наибольшая величина сатурации обнаружена в левом (97,0%) крае большого сальника, наименьшая величина – в правом крае большого сальника (87,0%). Все критерии жизнеспособности большого сальника положительные, что обеспечивает хорошую жизнеспособность большого сальника.

В практической хирургии важное значение имеет участок большого сальника с наибольшей сатурацией для защиты и ускорения заживления шовной полосы дигестивных и билиодигестивных анастомозов, ран желудочно-кишечного тракта. Левый край большого сальника с наибольшей сатурацией рассекаем для увеличения кровоснабжения в продольном направлении длиной от 15 до 20 см.

На основании локальных гемодинамических исследований различных отделов большого сальника в эксперименте и клинике нами (З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин) предложен и разработан способ защиты межкишечных анастомозов (Патент на изобретение №2367361) [6].

Задачей заявленного изобретения является повышение эффективности и надежности заживления межкишечных анастомозов.

Поставленная задача решается за счет того, что в способе защиты межкишечных анастомозов, включающем подшивание анастомозов к большому сальнику, выкраивают сальниковый трансплантат на сосудистой ножке с интраорганным пульсом на всем протяжении сальникового трансплантата, окутывают трансплантатом шовную полосу в виде кольца, фиксируют сальниковый трансплантат П-образными серозно-мышечными швами к стенке кишечника с обеих сторон по ходу крупных интрамуральных сосудов, и большой сальник подшивают к брыжейке кишки в бессосудистой зоне.

Использование заявленного изобретения позволяет улучшить кровоснабжение шовной полосы анастомоза и ускорить регенерацию тканей за счет использования участка большого сальника на сосудистой ножке с хорошей гемодинамикой, предупредить ятрогенные повреждения

интрамуральных сосудов и лигирование их, а также ущемление петель кишечника. Сальник при этом надежно фиксируется к шовной полосе по всему периметру анастомоза. При использовании данного способа нет деформации зоны анастомоза, стенозирования его, обеспечивается герметичность и перитонизация, что способствует стойкой и быстрой регенерации тканей.

Заявленный способ реализуется следующим образом: после оперативного вмешательства (ушивания ран тонкой или толстой кишки, наложения термино-терминальных тонко- и толстокишечных анастомозов и др.), санации брюшной полости выкраивают участок большого сальника на сосудистой ножке с наилучшим кровоснабжением, измеряя интраорганный пульс.

Вывод. Таким образом, оксиметрия сальникового трансплантата имеет практическое значение для профилактики несостоятельности швов дигестивных и билиодигестивных анастомозов.

Список литературы

1. Возможности применения прямой оксиметрии для оценки состояния поджелудочной железы при остром панкреатите в эксперименте / Жидков С.А. // Новости хирургии. – 2010. – № 3. – 320 с.
2. Прямая оксиметрия при экспериментальной кишечной непроходимости / Корик В.Е. [и др.] // Новости хирургии. – 2012. – № 2 – 110 с.
3. Крамер, Г. Математические методы статистики / Г. Крамер – М., 1975. – 220 с.
4. Эндоскопическая интраоперационная оксиметрия и гемодинамика органов желудочно-кишечного тракта / А.Я. Мальчиков [и др.] // Эндоскопическая хирургия, 2005. – № 1. – С. 81–82.
5. Сигал, З.М. Кровяное давление во внутрисстеночных и экстраорганных сосудах желудка и кишечника / З.М. Сигал // Казанский медицинский журнал. – 1975. – Т. 56. – № 4. – С. 35–37.
6. Способ защиты межкишечных анастомозов: пат. № 2367361 / З.М. Сигал.
7. Способ определения нарушений жизнеспособности органов и тканей желудочно-кишечного тракта: пат. № 2248746 / З.М. Сигал, Э.В. Халимов.
8. Чучков, В.М. Морфофункциональные особенности оценки жизнеспособности органов в хирургической практике / В.М. Чучков, С.Л. Точилов, К.И. Егоров // Вестник Уральской медицинской академической науки. – Екатеринбург. – 2004. – № 2. – С. 66–70.
9. Wright, C. Prediction of intestinal viability using Doppler ultrasound technucs / C. Wright, R. Hobson // Amer. J. Surg. –1975.– V. 129.– № 6.– P. 642–645.
10. Postlethwait, R.W. Technique for isoperistaltic gastric tube for esophageal bypass / R.W. Postlethwait // Ann. Surg. – 1979. – Vol. 183. – № 6. – P. 673–676.
11. Mann, A. A comparative study of the use of fluorescein and Doppler device in the determination of intestinal viability / A. Mann, V. Fisio, W. Lucas // Surg. Gynec., Obstet. 1982. – V. 15. – № 1. – P. 53–55.

УДК 616.12-008.318:616-007.17:612.751.3-053.7

И.Б. Руденко, Ю.Ю. Старчикова, О.А. Хайруллина

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и ВПТ

СИНДРОМ АРИТМИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Руденко Ирина Борисовна – доцент кафедры; Старчикова Юлия Юрьевна, Хайруллина Ольга Альфисовна – клинические интерны кафедры

Исследованы структура анатомических вариантов малых аномалий развития сердца, характер различных нарушений ритма и проводимости при данной патологии у мужчин призывного возраста. Изучена структура анатомических вариантов врожденных аномалий развития почек при дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, аритмический синдром, аномалии почек, призывники-мужчины.

I.B. Rudenko, Y.Y. Starchikova, O.A. Khayrullina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of internal diseases with the courses of radiological methods of diagnostics, treatment and military field therapy

SYNDROME ARRHYTHMIAS CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN MEN OF MILITARY AGE

Rudenko Irina Borisovna – Docent of the Department; Starchikova Yuliya Yurevna – clinical intern, Khayrullina Olga Alfisovna – clinical intern

The structure of anatomical variants of small malformations of the heart and character of the different rhythm and conduction disturbances in this condition has been studied in men of military age. The structure of anatomic variants of congenital anomalies of the kidneys in connective tissue dysplasia has been studied in men of military age.

Key words: connective tissue dysplasia, arrhythmic syndrome.

Проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в последние годы привлекает к себе пристальное внимание отечественных и зарубежных исследователей. Возникающие в эмбриональном и постнатальном периодах генетически детерминированные диспластические изменения соединительной ткани лежат в основе структурных и формообразующих аномалий органов и систем и являются определяющей составляющей в развитии ассоциированной патологии [2]. В связи с широкой распространенностью и ростом ДСТ среди населения, особенно среди лиц молодого и трудоспособного возраста, эта проблема имеет не только медицинскую, но и высокую социально-экономическую значимость для общества. Повсеместное распространение соединительной ткани в организме определяет полиморфизм клинических симптомов при ДСТ [1]. При дисплазии соединительной ткани имеет место разнообразие висцеральных изменений, изучение которых представляет собой важную и одновременно сложную задачу. Возможно, решение этой задачи позволит сохранить здоровье и жизнь многим пациентам.

Цель работы: изучение особенностей нарушения ритма и проводимости сердца при не-

которых вариантах дисплазии соединительной ткани у мужчин призывного возраста.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были определены задачи: исследовать структуру анатомических вариантов малых аномалий развития сердца у мужчин призывного возраста, определить характер различных нарушений ритма и проводимости с малыми аномалиями развития сердца, изучить структуру анатомических вариантов врожденных аномалий развития почек при дисплазии соединительной ткани.

Обследовано 35 мужчин с признаками соединительнотканной дисплазии сердца (пролапс митрального, трикуспидального клапанов, ложные хорды левого желудочка), проходивших обследование по направлению военкомата на базе БУЗ УР «ГКБ № 6 МЗ УР».

В группу исследования были включены мужчины в возрасте от 16 до 25 лет с признаками соединительнотканной дисплазии сердца. Средний возраст исследуемых составил $20,5 \pm 3,5$ года.

Наличие признаков соединительнотканной дисплазии сердца, так называемых малых аномалий развития сердца (МАРС), а также на-

рушений ритма и проводимости сердца были подтверждены данными инструментальных методов диагностики: электрокардиографией, холтеровским мониторингом, эхокардиографией.

Диагноз врожденных аномалий развития почек был поставлен на основании ультразвукового исследования почек и экскреторной урографии.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что из всех исследуемых ($n=35$) аритмический синдром присутствовал у большинства – 24 (68,6%), соответственно у остальных 11 (31,4%) данного синдрома не обнаружилось.

В структуре малых аномалий развития сердца (МАРС) у мужчин призывного возраста наиболее часто выявлялись пролапс митрального клапана (ПМК) – 28 (80,0%) и ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ) – 11 (31,4%).

При этом изолированный пролапс митрального клапана (иПМК) встречался в 18 (51,4%) случаях, а изолированные ложные хорды левого желудочка (иЛХЛЖ) – лишь в 5 (14,3%), в остальных же имели место сочетанные МАРС – 12 (34,3%).

Среди сочетанных МАРС наиболее часто выявлялось сочетание ПМК с пролапсом трикуспидального клапана (ПТК) – 6 (50,0%), с одинаковой частотой выявлялись следующие сочетания: ПМК+ЛХЛЖ – 2 (16,6%), ЛХЛЖ+ПТК – 2 (16,6%), ПМК+ПТК+ЛХЛЖ – 2 (16,6%).

В результате исследования структуры аритмического синдрома при соединительнотканной дисплазии сердца выяснилось, что чаще имеют место нарушения проводимости сердца – 15 (62,5%) случаев, в то время как синусовые тахикардия, аритмия и брадикардия – 7 (29,2%), в оставшихся 2 (8,3%) случаях определялось их сочетание.

Так как в составе аритмического синдрома чаще встречаются нарушения проводимости сердца, было целесообразно изучить их структуру детальнее.

При анализе нарушений проводимости было выяснено, что самое частое из них – неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) –

7 (46,7%), реже встречаются синдром укороченного PQ – 4 (26,7%), АВ-блокады I ст. – 3 (20,0%), полная блокада правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ) – 1 (6,6%).

При анализе наличия нефрологических проявлений ДСТ у исследуемых было выяснено, что в 21 (60,0%) случае присутствуют врожденные аномалии развития почек (ВАРП).

Наиболее часто из ВАРП у исследуемых является нефроптоз I–II ст., у 9 (42,9%); на втором месте – аномалии развития почечных сосудов (в частности синдром Фрейли) – у 5 (23,8%); сочетание выше перечисленных аномалий – у 3 (14,3%); у 4 (19,0%) были другие аномалии (неполное удвоение, дистопия, гипоплазия почек и сочетанные аномалии).

Выводы. При исследовании структуры анатомических вариантов малых аномалий развития сердца у мужчин призывного возраста выяснилось, что чаще всего встречается пролапс митрального клапана как среди всех МАРС (80,0%), так и изолированно (51,4%). Кроме этого существует немало сочетанных форм аномалий (34,3%), что не является благоприятным моментом, так как малые аномалии сердца являются одним из неблагоприятных факторов, предрасполагающих к развитию аритмических осложнений, в том числе гемодинамически значимых. У обследуемых в 68,6% МАРС сочетаются с аритмическим синдромом. В структуре аритмического синдрома при дисплазии соединительной ткани преобладают нарушения проводимости сердца (62,5%). В то время как среди всех нарушений проводимости большую часть занимают неполные блокады правой ножки пучка Гиса (46,7%). При анализе наличия нефрологических проявлений ДСТ у большинства обнаружилось врожденные аномалии развития почек (60,0%). А из всех выявленных аномалий преобладают нефроптоз I–II степени (42,9%) и синдром Фрейли (23,8%).

Список литературы

1. Дисплазия соединительной ткани / под ред. Т.И. Кадуриной, В.Н. Горбуновой. – СПб.: Элби, 2009. – 714 с.
2. Яковлев, В.М. Соединительнотканная дисплазия митрального клапана / В.М. Яковлев, Р.С. Карпов, Е.В. Швецова. – Томск: Сибирский издательский дом, 2003. – 144 с.

УДК 616.314-77:616.316-008.8

Л.А.Миронова¹, Ю.А. Янкин²

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

¹Стоматологическая клиника ГБОУ ВПО ИГМА

²Кафедра ортопедической стоматологии

ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ВЛИЯНИЕ ЕЕ НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ

Миронова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, стоматолог-ортопед; Янкин Юрий Алексеевич – ассистент кафедры

Представлены результаты исследования водородного показателя (pH) ротовой жидкости у пациентов с полным отсутствием зубов, его изменения при соматических заболеваниях и влияние этих изменений на процессы адаптации к полным съемным пластиночным протезам.

Ключевые слова: водородный показатель ротовой жидкости, соматические заболевания, адаптация к полным съемным пластиночным протезам.

L.A.Mironova¹, Yu.A. Yankin²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Stomatological Clinic of Izhevsk State Medical Academy

²Department of Prosthetic Dentistry

CHANGES IN ACIDITY OF ORAL FLUID IN SOMATIC DISEASES AND ITS INFLUENCE ON THE PROCESSES OF ADAPTATION TO FULL LAMINAR DENTURES

Mironova Lyudmila Alexandrovna – Candidate of Medical Sciences, Prosthodontist; Yankin Yuri Alexeyevich – Lecturer of the Department

The article presents the results of studying pH value of oral fluid in patients with complete toothlessness, the changes of pH value in somatic diseases and the influence of these changes on the processes of adaptation to full laminar dentures.

Keywords: pH value of oral fluid, somatic diseases, adaptation to full laminar dentures.

Проблемы протезирования полными съемными пластиночными протезами остаются актуальными по сей день. Протезы, имеющие лечебное и профилактическое значение для функционирования зубо-челюстной системы, оказывают и побочное воздействие на окружающие ткани и органы полости рта.

Базис съемного протеза почти всегда вызывает воспаление тканей протезного ложа и нарушает динамическое равновесие полости рта [4,6]. Продолжительность и выраженность воспалительного процесса зависят от местного иммунитета и свойств ротовой жидкости, которая в процессе адаптации и при пользовании съемными протезами играет важную роль: защищает мягкие ткани от травмирующего действия базиса протеза, является адгезивом между двумя поверхностями, восстанавливает динамическое равновесие полости рта.

Однако с возрастом количество ротовой жидкости уменьшается, а при полной потере зубов скорость слюноотделения снижается еще больше. Ряд соматических заболеваний и лекарствен-

ных препаратов также приводят к гипосаливации и ксеростомии или усугубляют их [1, 2, 3].

При снижении слюноотделения изменяется кислотно-щелочное равновесие полости рта. Концентрация водородного иона в полости рта может влиять на активность ферментов слюны, процессы минерализации и активность микрофлоры. Смещение *pH* в сторону ацидоза или алкалоза увеличивает активность ацидогенной или уреазопозитивной микрофлоры полости рта [7], токсины которой вызывают воспаление и болевую реакцию при пользовании съемными протезами.

В ортопедической стоматологии *pH* ротовой жидкости и влияние его на эффективность протезирования недостаточно изучены.

Цель исследования: изучение количества ротовой жидкости (СС) и водородного показателя (*pH*) смешанной слюны при полном отсутствии зубов, а также влияние этих показателей на процесс адаптации к полным съемным пластиночным протезам.

Материалы и методы исследования. Обследовано и проведено лечение 117 пациентов

в возрасте 60–75 лет с полным отсутствием зубов. Всех пациентов распределили в группы по соматической патологии: 1-я группа – 43 пациента, соматически здоровые; 2-я группа – 19 пациентов, имеющих в анамнезе гипертоническую болезнь; 3-я группа – 12 человек с сахарным диабетом (СД); 4-я группа – 16 пациентов с заболеваниями ЖКТ; 5-я группа – 15 пациентов с хроническими бронхитами; 6-я группа – 12 человек с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Всем пациентам на этапе протезирования исследовали скорость слюноотделения (СС) и водородный показатель ротовой жидкости (pH). Сроки адаптационного периода оценивали по субъективным данным.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования установлено, что на момент начала лечения у 50,1% пациентов pH находился в пределах физиологической нормы (6,8 – 7,5); у 26,5% пациентов установлен ацидоз (кислая среда) полости рта и у 23,4% наблюдался алкалоз полости рта (щелочная среда). Результаты исследования представлены в таблице.

Исследования показали, что у пациентов 1-й группы показатели СС и pH находятся в пределах физиологической нормы. В адаптационный период количество посещений пациентом врача стоматолога-ортопеда по поводу болевых ощущений и дискомфорта в полости рта составило 1–2 раза.

У пациентов с соматической отягощенностью отмечена гипосаливация в полости рта. Особенно она выражена у пациентов 2-й и 3-й групп ($P_{1-2} < 0,001$; $P_{1-3} < 0,001$). Слюноотделение у пациентов с ГБ уменьшается в 1,6 раза, у пациентов с СД – в 2,6 раза. Пациенты и сами отмечали сухость в полости рта. Водородный показатель смешанной слюны у пациентов этих групп смещался в кислую сторону.

У пациентов 4-й группы наблюдалось снижение слюноотделения, но pH оставался в пределах «нормы».

У пациентов с заболеваниями легочной системы и опорно-двигательного аппарата отмечено снижение секреции слюны в 1,3 раза и отклонение pH в щелочную сторону.

Адаптационный период к полным съемным протезам по субъективным данным у пациентов с соматической патологией значительно увеличился. Болевые ощущения наиболее выражены при ацидозе полости рта у пациентов с ГБ и СД. Воспалительные очаги протезного ложа у пациентов с ацидозом полости рта – визуально выявляемые. Коррекция базиса протеза приводила к субъективному снижению болевой реакции. У пациентов с алкалозом отмечался дискомфорт в полости рта, болевые ощущения не были выражены, воспалительные признаки протезного ложа не выявлялись. Коррекция базиса протеза не приводила к субъективному комфорту. В 6 группе 2 пациента (16%) отказались от пользования протезами в первые дни их эксплуатации, 4 пациента (32%) пользовались протезами нерегулярно.

Вывод. Таким образом, состояние «здоровья» лиц пожилого и старческого возраста влияет на процессы адаптации к полным съемным протезам. Соматические заболевания изменяют секрецию слюны, так как pH ротовой жидкости зависит от состояния организма в целом. Уменьшение скорости слюноотделения сопровождается изменениями pH полости рта. Ацидоз наблюдается у пациентов с ГБ и СД. Алкалоз – при легочных заболеваниях и опорно-двигательного аппарата. Эти изменения приводят к значительному увеличению болевого синдрома и дискомфорту в полости рта при адаптации к съемным пластиночным протезам. В группе с алкалозом ротовой жидкости наблюдается высокий процент «непользователей» изготовленными протезами.

Изменение скорости слюноотделения и pH ротовой жидкости при соматических заболеваниях и влияние их на процессы адаптации к полным съемным протезам

Группа	Скорость слюноотделения (мл/мин)	pH ротовой жидкости	Количество коррекций
1-я (n=43) соматически здоровые пациенты	0,36±0,02	6,96±0,07	1,35±0,16
2-я (n=19) пациенты с ГБ	0,22±0,01 **	6,23±0,11 **	3,42±0,14 **
3-я (n=12) пациенты с СД	0,14±0,02 **	5,8±0,28 **	3,5±0,8 **
4-я (n=16) пациенты с заболеваниями ЖКТ в стадии ремиссии	0,26±0,01 **	7,3±0,16	3,5±0,4 *
5-я (n=15) пациенты с легочными заболеваниями	0,26±0,03 *	7,8±0,28 **	1,91 ±0,21
6-я (n=12) пациенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата	0,25±0,04 *	7,9±0,15 **	2,57±0,21**

Примечание: * – показатели имеют достоверное различие $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Водородный показатель ротовой жидкости может использоваться для прогнозирования адаптационного периода, выбора типа терапии и локальной коррекции pH ротовой жидкости при протезировании полными съёмными пластинчатыми протезами.

Список литературы

1. **Вершигора, Е. А.** Общая иммунология / Е.А. Вершигора – К.: Вища школа, 1990. – 504 с.
2. **Волжин, О.О.** Биохимические изменения в смешанной слюне при адентиях: автореф. дис. ... канд.мед.наук / О.О. Волжин. – Ростов-на-Дону. – 2005. – 22 с.
3. Физиология и патология слюнных желез: учебно-методическое пособие / К.В.Гавриков [и др.]. – Волгоград, 1998. – 15 с.
4. **Галонский, В.Г.** Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съёмных зубных протезов / В.Г.Галонский, А.А.Радкевич // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
5. **Ильина, Р.Ю.** Роль слюны в формировании заболеваний пародонта у психически больных / Р.Ю. Ильина, И.Г. Ямашев, Л.Р. Мухамеджанова // Институт стоматологии. – 2009. – № 3. – С. 68–69.
6. **Романова, Ю.Г.** Гомеостаз полости рта и зубное протезирование / Ю.Г. Романова // Одесский медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 69–75.
7. **Щербаков, А.С.** Динамика кислотно-основного равновесия в полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями / А.С. Щербаков, В.А. Румянцев, И.С. Стоянова // Стоматология. – 2004. – №2. – С. 7–10.

УДК 616.314-77:616.316-008.8:616/.4

Л.А. Миронова¹, А.Н. Миронов², А.В. Логинов³

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

¹Стоматологическая клиника ГБОУ ВПО ИГМА

²Кафедра ортопедической стоматологии

³МБУЗ «Якшур-Бодьинская ЦРБ»

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Миронова Людмила Александровна – кандидат медицинских наук, стоматолог-ортопед; Миронов Андрей Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; Логинов Александр Валентинович – стоматолог-ортопед

В процессе адаптации к полным съёмным протезам ротовая жидкость имеет важное значение. Ее количественные и качественные характеристики влияют на результаты протезирования. Соматические заболевания и применяемые лекарственные препараты изменяют состояние ротовой жидкости и влияют на продолжительность адаптационного периода к съёмным конструкциям.

Ключевые слова: адаптационный период, количественные и качественные характеристики, ротовая жидкость, соматические заболевания, болевой синдром.

L.A. Mironova¹, A.N. Mironov², A.V. Loginov³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Stomatological Clinic of Izhevsk State Medical Academy

²Department of Prosthetic Dentistry

³Yakshur-Bodya Central Republic Hospital

THE INFLUENCE OF QUANTITATIVE AND QUALITATIVE CHARACTERISTICS OF ORAL FLUID IN APPLYING REMOVABLE DENTURES

Mironova Lyudmila Alexandrovna – Candidate of Medical Sciences, Prosthodontist; Mironov Andrey Nikolayevich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Loginov Alexandr Valentinovich – Prosthodontist

Oral fluid is of great importance for the process of adaptation to full dentures. Its quantitative and qualitative characteristics influence the results of tooth replacement. Somatic diseases and the administered preparations change the condition of the oral fluid and influence the duration of the period of adaptation to removable dentures.

Keywords: adaptation period, quantitative and qualitative characteristics, oral fluid, somatic diseases, pain syndrome.

Съемное протезирование в практике врача стоматолога-ортопеда занимает определенное место [1, 2, 5, 6]. После этапа припасовки и наложения протезов начинается период адаптации к ним. В процессе пользования часто появляются изменения воспалительного характера [3]. Базис съемного протеза сдавливает слизистую оболочку протезного ложа по вертикали и подвергает ее трению по горизонтали. Болевой синдром – наиболее частая причина посещений больными врача стоматолога-ортопеда за время адаптации. Длительность и выраженность воспалительного процесса и болевого синдрома зависят от местного иммунитета и защитных свойств ротовой жидкости. Пользователями съемных протезов, как правило, являются люди пожилого и старческого возраста, имеющие не одно соматическое заболевание, которые влияют на состояние местного иммунитета и состояние ротовой жидкости. Адаптация пациентов к съемным пластинчатым протезам, несомненно, является актуальной проблемой.

Известно, что ротовая жидкость играет огромную роль в поддержании нормального состояния органов и тканей полости рта. При снижении саливации, особенно при ксеростомии, воспаление слизистой оболочки развивается быстро.

В последние годы установлено, что такие показатели ротовой жидкости как скорость образования, общий объем и pH слюны находятся в прямой зависимости от показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений и обратной взаимосвязи от порога тактильной дискриминационной чувствительности слизистой оболочки полости рта. Полученные данные позволили включить в «Протокол динамической оценки адаптации пациента к ортопедической стоматологической конструкции» категорию «характер слюноотделения» [4, 7].

Цель исследования: изучение состояния ротовой жидкости и слизистой оболочки протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов в возрасте 60 лет и старше и определение их связи с болевым синдромом в период адаптации к полным съемным протезам.

Материалы и методы. Нами было обследовано 148 пациентов в возрасте 60–85 лет с полным отсутствием зубов. Первую группу составили соматически здоровые пациенты (40 че-

ловек), не имеющие хронических заболеваний, требующие стационарного лечения или диспансерного наблюдения. Вторую группу (32 человека) составили пациенты, имеющие заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС). В третью группу вошли пациенты (33 человека), страдающие гипертонической болезнью (ГБ) и принимающие курсовые лекарственные препараты. (Пациенты с ГБ выделены в отдельную группу, так как принимаемые ими лекарственные препараты разжижают кровь и, следовательно, ротовую жидкость). Четвертую группу составили пациенты (17 человек) с сахарным диабетом (СД) и пятую группу (27 человек) –пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в стадии ремиссии. У всех пациентов исследовали ротовую жидкость по следующим параметрам: скорость слюноотделения (СС), вязкость слюны (ВС), поверхностное натяжение слюны (ПНС). Состояние слизистой оболочки протезного ложа (СОПЛ) верхней челюсти оценивали по данным люминесцентной диагностики (ЛД) и степени увлажненности слизистой оболочки верхней челюсти (У) [3]. Болевой синдром оценивали по субъективным данным.

Результаты исследований. Полученные результаты представлены в таблице. Как следует из результатов исследования, у пациентов первой группы показатели ротовой жидкости и СОПЛ находятся в пределах физиологической нормы: пациенты быстро адаптируются к съемным протезам (соматически здоровые) .

У пациентов с соматическими заболеваниями, принимающих лекарственные препараты, скорость слюноотделения существенно снижается. Особенно выражено снижение СС у пациентов с заболеваниями ССС и СД – в 2,1 и 2,5 раза соответственно. При этом вязкость слюны пропорционально увеличивается. Исключение составляют пациенты третьей группы с ГБ. При приеме лекарственных препаратов, разжижающих кровь, слюна также становится жидкой.

При снижении слюноотделения уменьшается и увлажненность СОПЛ. У пациентов с заболеваниями ССС и СД слизистая оболочка в 2 раза суше, чем у соматически здоровых пациентов.

Люминесцентная диагностика показывает, что степень кровенаполнения тканей протезного ложа у пациентов с соматическими заболеваниями также снижена.

Сопоставление показателей ротовой жидкости и слизистой оболочки протезного ложа с продолжительностью адаптационного периода у пациентов с полным отсутствием зубов

Группа	Скорость слюноотделения (мл/мин)	Вязкость слюны (отн.ед)	Поверхностное натяжение слюны (мН/м)	Увлажненность СОПЛ (10^{-3} мг)	Люминесцентная диагностика (баллы)	Количество коррекций
1-я (n=40) (соматически здоровые пациенты)	0,36±0,02	1,83±0,14	42,05±1,38	82,5±4,78	2,7±0,11	1,58±0,12
2-я (n=32) (пациенты с заболеваниями ССС и принимающие лекарственные препараты)	0,17±0,02*	2,89±0,49**	32,32±4,64	41,25±13,08*	3,26±0,24**	4,0±0,49*
3-я (n=33) (пациенты с гипертонической болезнью (ГБ), перенесшие инсульт и принимающие лекарственные препараты)	0,22±0,01*	1,33±0,01*	66,24±0,87*	42,85±5,2*	3,88±0,12*	3,88±0,14*
4-я (n=16) (пациенты с СД и принимающие лекарственные препараты)	0,14±0,02*	4,72±0,33*	20,33±1,0*	42±4,28*	3,19±0,18*	2,75±0,29
5-я (n=27) Примечание (пациенты с заболеваниями ЖКТ в стадии ремиссии)	0,26±0,01*	3,24±0,57*	36,77±3,96	64,16±22,95	3,16±0,1**	2,9±0,53

Примечание: * – показатели имеют достоверное различие $p < 0,001$; ** – $p < 0,05$ со значениями 1 группы

Частота жалоб по поводу болевого синдрома и посещений врача-ортопеда в адаптационный период у пациентов с соматическими заболеваниями значительно увеличивается. Наиболее выражен болевой синдром у пациентов с заболеваниями ССС.

Таким образом, из полученных данных следует, что ротовая жидкость, ее количественные и качественные показатели играют важную роль в процессе адаптации к съемным протезам. У пациентов с различными соматическими заболеваниями и принимающих лекарственные препараты, которые также влияют на скорость секреции слюны, эти показатели существенно изменяются. Уменьшение количества ротовой жидкости вызывает сухость слизистой оболочки полости рта, и, как следствие, она становится менее увлажненной и более чувствительной к механическому, термическому и химическому раздражителю, которым и является базис съемного протеза.

Выводы. 1. Состояние ротовой жидкости влияет на процессы адаптации к съемным протезам.

2. Соматические заболевания и применяемые лекарственные препараты изменяют ротовую жидкость.

3. Уменьшение количества и увеличение вязкости ротовой жидкости приводит к изменению увлажненности СОПЛ, что способствует увеличению болевого синдрома и снижению эффективности протезирования полными съемными пластиночными протезами у лиц пожилого и старческого возраста.

Список литературы

1. Алимский, А.В. Нерешенные проблемы геронтостоматологии / А.В.Алимский [и др.] // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. – 2010. – № 2. – С. 19–21.
2. Гасников, В.К. О состоянии и динамике демографической нагрузки на трудоспособное население: мифы и реальность / В.К.Гасников, В.Н.Савельев // Труды ИГМА. – 2010. – Т. 48. – С. 39–40.
3. Галонский, В.Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов / В.Г.Галонский, А.А.Радкевич // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
4. Диагностика в терапевтической стоматологии: учебное пособие / Т.Л.Рединова [и др.]. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 138 с.
5. Малолеткова, А.А. Биоритмологическая организация диагностически-информативных параметров ротовой жидкости человека / А.А. Малолеткова, В.И. Шемонаев, Т.В. Моторкина // Вестник РУДН. – (Серия МЕДИЦИНА). – 2009. – № 4. – С. 132–138.
6. Рединов, И.С. Подготовка тканей протезного поля при ортопедическом лечении больных с беззубой нижней челюстью при резко выраженной атрофии альвеолярной части: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.С.Рединов. – М., 2000. – 24 с.
7. Рошковский, Е.В. Изучение нужды в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В.Рошковский. – М., 2008. – 25 с.
8. Шемонаев, В.И. Динамика параметров ротовой жидкости человека при моделировании адаптации к съемным зубным протезам / В.И. Шемонаев // Фундаментальные исследования. – 2011. – №10(2). – С. 403–405.

УДК 616.33.342-002-053.2:615.838

Е.Г. Вихарева¹, М.А. Хан¹, С.В. Соковнина², А.А. Новикова³, Т.В. Третьякова³¹ ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика²Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии³Кафедра педиатрии и неонатологии

КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ И МОТОРИКА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Вихарева Елена Геннадьевна – кандидат медицинских наук, докторант; Хан Майя Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая научно-исследовательским отделением педиатрии; Соковнина Светлана Валентиновна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры; Новикова Анна Анатольевна – аспирант кафедры; Третьякова Татьяна Валерьевна – аспирант кафедры

Изучено влияние курортных факторов на биоэлектрическую активность желудка и двенадцатиперстной кишки у 104 детей с хроническим гастродуоденитом. Использованы курортные факторы: питьевая слабощелочная среднеминерализованная сульфатная натриево-кальцевая минеральная вода (Увинская минеральная вода), торфяная грязь в виде аппликаций, СМТ – форез хлоридного бромидного рассола. Установлено, что бальнеофизиотерапевтические факторы способны разнонаправленно влиять на моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, в связи с чем их можно дифференцированно использовать в комплексном лечении детей с хроническим гастродуоденитом.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, дети, электрогастроэнтерография (ЭГЭГ), бальнеофизиотерапия.

Ye.G. Vikhareva¹, M.A. Khan¹, S.V. Sokovnina², A.A. Novikova³, T.V. Tretyakova³¹ Russian Scientific Centre of Rehabilitation and Balneology
Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic²Department of Microbiology³Department of Pediatrics

SPA FACTORS AND GASTRIC AND DUODENAL MOTILITY IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS

Vikhareva Yelena Gennadyevna – Candidate of Medical Sciences, Candidate for a Doctor's Degree; Khan Maya Alexeyevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Research in Pediatrics; Sokovnina Svetlana Valentinovna – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer of the Department; Novikova Anna Anatolyevna – Postgraduate Student; Tretyakova Tatyana Valeryevna – Postgraduate Student of the Department

The authors have studied the effect of spa factors on electrobiological activity of the stomach and duodenum in 104 children with chronic gastroduodenitis. The following spa factors were applied: drinking alkaline medium-mineralization sulphate sodic-calcic mineral water (mineral water "Uvinskaya"), peat therapeutic mud in applications, amplitudotherapy with chloride bromine-iodine saline. It has been determined that balneophysiotherapeutic factors can have multidirectional influence on the motor function of the stomach and duodenum, therefore, these factors can be used differentially in complex therapy of children with chronic gastroduodenitis.

Key words: chronic gastroduodenitis, children, electrogastroenterography, balneophysiotherapy.

Распространенность заболеваний органов пищеварения у детей крайне велика и продолжает ежегодно расти. По данным официальной статистики, заболеваемость составляет 200–260 случаев на 1000 детского населения. Однако некоторые авторы считают, что распространенность гастроэнтерологической патологии существенно превышает эти данные, достигая значений 400–500 случаев на 1000 детского населения [1, 10].

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в частности хронический гастродуоденит, являются наиболее частыми среди всех болезней органов пищеварения в педиатрической

практике и составляют 58–65% в структуре детской гастроэнтерологической патологии [4]. Известно, что моторно-эвакуаторные нарушения функции данных органов сопровождают хронический гастродуоденит и являются основой болевого синдрома [2].

В связи с недостаточной эффективностью единых схем традиционной терапии, растущей аллергизацией организма, неблагоприятным влиянием длительной лекарственной нагрузки приобретают особую актуальность разработка и совершенствование немедикаментозных методов лечения. Высокая склонность к хронизации обуславливает необходимость этапной реабили-

тации. Среди немедикаментозных методов лечения существенная роль отводится бальнеофизioterapiи [5]. В Удмуртии, в поселке Ува, имеется источник питьевой слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды (УМВ) со стабильным химическим составом. Вместе с приемом минеральных вод в комплексе терапевтических мероприятий при заболеваниях органов пищеварения широко используются пелоидотерапия и наружная бальнеотерапия (рассолы), оказывающие положительный эффект на организм человека. В последние годы активно обсуждаются результаты сочетанного применения курортных факторов и синусоидальных модулированных токов (СМТ), известных своими обезболивающими, антиспастическими и трофическими эффектами [3, 6, 8]. В связи с актуальностью проблем лечения и медицинской реабилитации хронического гастродуоденита, а так же тесной связью заболевания с моторными нарушениями была поставлена цель исследования.

Цель работы: изучить влияние курортных факторов на биоэлектрическую активность желудка и двенадцатиперстной кишки, определить показания для применения их в педиатрической практике.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами было обследовано 104 ребенка (62 девочки и 42 мальчика) в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст 15,9 лет) с хроническим гастродуоденитом на базе Республиканской детской клинической больницы г. Ижевска. У 37 детей о моторной функции желудка судили по результатам периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ) по М.А. Собакину, проводимой на аппарате ЭГС-4М (завод ЭМА, г. Москва). При этом, кроме средней амплитуды (M_{cp}) и частоты колебаний, подсчитывали среднюю амплитуду максимальных и минимальных колебаний (M_{max} и M_{min}), отношение M_{max}/M_{min} и энергетический коэффициент. Периферическая электрогастроэнтерография (ПЭГЭГ) с помощью электрогастроэнтерографа ЭГЭГ-01К фирмы «Исток — Система» (г. Фрязино) проведена у 67 пациентов. За основу была принята методика ПЭГЭГ, разработанная и апробированная В.А. Ступиным и соавторами на кафедре госпитальной хирургии Российского государственного медицинского университета [7, 9].

Регистрация сигнала проводилась с накожных электродов, расположенных на правом предплечье и правой голени, электрод сравнения закреплялся на левой голени. Исследования осуществляли в два этапа длительностью по 40 минут, включавших тощачное исследование, после 10–12-часового голода, а так же исследование после стандартного завтрака. Данные ПЭГЭГ представлены в виде следующих показателей: процентный вклад каждого частотного центра в суммарный спектр (P_i/P_s), коэффициент ритмичности. В работе использована методика «острых наблюдений», под которыми подразумевали ПЭГЭГ и ее результаты после однократного применения курортных факторов. В исследовании применялись курортные факторы: питьевая слабощелочная среднеминерализованная сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода (УМВ), торфяная грязь месторождения «Нылгинское-1», хлоридный бромйодный рассол. У 37 пациентов в качестве «стандартного завтрака» использовалась минеральная вода. Биопотенциалы регистрировали натощак, непосредственно после приема УМВ в дозе 3 мл/кг массы тела температуры 37 °С и через 15 минут после приема УМВ. У 36 пациентов был проведен СМТ-форез хлоридного бромйодного рассола санатория «Ува». Лечение проводилось по щадящей методике. Применяли I и IV роды работ, частоту 100 Гц и глубину модуляций 25–50%. Положительный электрод аппарата «Амплипульс-4» с салфеткой, смоченной подогретым до 38 °С рассолом, накладывали на эпигастральную область, отрицательный – на область грудного отдела позвоночника (D_7-D_{10}). Использовали выпрямленный режим.

Пелоидотерапия в виде аппликаций проведена 31 больному. Статистический анализ материала проведен с использованием стандартного пакета статистической обработки данных *Excel*, и программы «*Statistica 6.0*». Для определения достоверности различий показателей пользовались критериями Стьюдента. Различия считались достоверными при p менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты. По результатам электрогастроэнтерографии, проводимой на аппарате ЭГС-4М, на основе анализа ритма, частоты сокращений и высоты зубцов нормокинетический тип двигательной активности выявлен у 13 больных, гиперкинетический – у 17 и гипокинетический – у 7 (табл. 1).

Таблица 1. Влияние однократного приема питьевой слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды (УМВ) на двигательную функцию желудка у детей с гиперкинетическим типом электрогастрографии ($n = 17$)

Показатели ЭГГ	Исходные данные	После приема УМВ	Через 15 мин
M_{cp} , мВ	$0,560 \pm 0,048$	$0,298 \pm 0,100^{**}$	$0,182 \pm 0,047^{***}$
M_{max} , мВ	$1,042 \pm 0,176$	$0,501 \pm 0,146^{**}$	$0,383 \pm 0,080^{**}$
M_{min} , мВ	$0,307 \pm 0,052$	$0,117 \pm 0,047^{**}$	$0,086 \pm 0,020^{**}$
M_{max}/M_{min}	$4,128 \pm 1,396$	$5,800 \pm 1,033^*$	$8,266 \pm 2,748^*$
N	$2,630 \pm 0,200$	$2,460 \pm 0,270^*$	$2,710 \pm 0,270^*$
K	$1,485 \pm 0,193$	$0,674 \pm 0,238^{**}$	$0,470 \pm 0,136^{**}$

Примечание. Статистическая значимость различий с исходными показателями: * $p > 0,05$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$; УМВ – питьевая слабощелочная среднеминерализованная сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода; ЭГГ – электрогастрография; N – средняя частота сокращений желудка в минуту; K – энергетический коэффициент ($K = M_{cp} \times N$).

У детей с гиперкинетическим типом ЭГГ однократный прием УМВ приводил к достоверному статистически значимому уменьшению M_{cp} , M_{max} , M_{min} и энергетического коэффициента, что мы расценивали как положительное явление. Соотношение M_{max}/M_{min} и частота сокращений существенно не менялись.

У детей с гипокинетическим типом ЭГГ наоборот мы наблюдали возрастание электрической активности желудка (табл. 2), при этом увеличение M_{cp} и энергетического коэффициента было достоверным статистически значимым по сравнению с исходными показателями.

У детей с нормокинетическим типом ЭГГ электрическая активность желудка при однократном приеме УМВ практически не изменялась.

При оценке мощности электрической активности желудка и двенадцатиперстной кишки, измеренной на аппарате электрогастроэнтерографе ЭГЭГ-01К фирмы «Исток – Система» (г. Фрязино), было выявлено нормализующее влияние пелоидотерапии на моторную функцию как желудка, так и двенадцатиперстной кишки. Од-

нократный СМТ-форез с хлоридным бромйодным рассолом оказывал выраженное стимулирующее действие на двигательную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки. Отличий в полученных значениях коэффициента ритмичности желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне проведения грязелечения и СМТ-фореза рассола не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, однократный прием УМВ и пелоидотерапия оказывают положительное, нормализующее влияние на двигательную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом гастродуодените у детей. Это, по нашему мнению, имеет существенное клиническое значение, так как нормализация моторики способствует ликвидации основных проявлений верхнедиспепсического синдрома, таких как тошнота, изжога, отрыжка. СМТ-форез хлоридного бромйодного рассола, с его выраженным стимулирующим действием на моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, необходимо использовать при гипотонических состояниях.

Таблица 2. Влияние однократного приема питьевой слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды на двигательную функцию желудка у детей с гипокинетическим типом электрогастрографии ($n=7$)

Показатели ЭГГ	Исходные данные	После приема УМВ	Через 15 мин
M_{cp} , мВ	$0,100 \pm 0,020$	$0,290 \pm 0,080^{**}$	$0,190 \pm 0,070^*$
M_{max} , мВ	$0,250 \pm 0,060$	$0,650 \pm 0,220^*$	$0,340 \pm 0,120^*$
M_{min} , мВ	$0,034 \pm 0,008$	$0,125 \pm 0,046^*$	$0,064 \pm 0,032^*$
M_{max}/M_{min}	$6,250 \pm 1,700$	$5,750 \pm 1,880^*$	$6,790 \pm 1,290^*$
N	$2,020 \pm 0,390$	$1,760 \pm 0,350^*$	$2,380 \pm 0,140^*$
K	$0,250 \pm 0,060$	$0,600 \pm 0,160^{**}$	$0,460 \pm 0,200^*$

Примечание. Статистическая значимость различий с исходными показателями: * $p > 0,05$, ** $p < 0,05$; УМВ – питьевая слабощелочная среднеминерализованная сульфатная натриево-кальциевая минеральная вода; ЭГГ – электрогастрография; N – средняя частота сокращений желудка в 1 минуту; K – энергетический коэффициент ($K = M_{cp} \times N$).

Список литературы

1. Диагностические возможности электрогастроэнтерографии у детей при различных заболеваниях ЖКТ / А.П. Пономарева [и др.] // Вопросы детской гастроэнтерологии. – 2006. – Т. 4. – № 1. – С. 73–75.
2. Значение электрогастроэнтерографии в диагностике и лечении больных с функциональной диспепсией / Н.С. Рачкова [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 4. – С. 36–38.
3. Клинико-морфологическая оценка эффективности СМТ-бальнеотерапии при синдроме раздраженного кишечника / А.Е. Шкляев [и др.] // Морфологические ведомости. – 2007. – № 1–2. – С. 174–176.
4. **Корниенко, Е.А.** Структура гастродуоденальной патологии и эффективность эрадикационной терапии геликобактерной инфекции у детей, проживающих в Северной Осетии / Е.А. Корниенко, Ф.В. Базрова // Вопросы детской диетологии. – 2011. – Т. 9. – № 3. – С. 47–50.
5. СМТ-бальнеотерапия при желудочно-кишечной патологии / А.Е. Шкляев [и др.] // Актуальные вопросы грязелечения и бальнеофизиотерапии. – Пермь, 2006. – С. 241–255.
6. СМТ-форез рассола санатория «Ува» в терапии синдрома раздраженного кишечника / А.Е. Шкляев [и др.] // Агрокурорт. – 2007. – № 2(27). – С. 28–31.
7. Периферическая электрогастроэнтерография в диагностике нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта / В.А. Ступин [и др.] // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 60–62.
8. **Старовойтова, М.В.** Эффективность применения СМТ-фореза торфогрязи санатория «Ува» у больных хроническим дуоденитом: автореф. дис... канд. мед. наук. – Ижевск, 2005. – 29 с.
9. Электрофизиологические критерии дуодено-гастрального рефлюкса / С.В. Силуянов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – Т. X. – № 1. – С. 39.
10. **Ямолдинов, Р.Н.** Восстановительное лечение и профилактика заболеваний органов пищеварения у детей. – Ижевск: Сфера. – 2001. – 301 с.

УДК 616.34:616.9 – 053.3:612.336.3

И.М.Брагина¹, О.Г.Мохова¹, С.В.Соковнина², М.Ф. Кельдиярова³, С.В. Диева³, О.С. Брусничникова³, Н.В. Гребенкина³, Т.Ю. Ворожцова³

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

¹Кафедра детских инфекций

²Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

³БУЗ УР «Городская клиническая больница № 4 МЗ УР», г. Ижевск

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Брагина Ирина Михайловна – заочный аспирант кафедры; **Мохова Ольга Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры; **Соковнина Светлана Валентиновна** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры; **Кельдиярова Маргарита Федоровна** – заместитель главного врача по лечебным вопросам; **Диева Светлана Владимировна** – заведующая бактериологической лабораторией; **Брусничникова Оксана Сергеевна** – врач-лаборант бактериологической лаборатории; **Гребенкина Наталья Владимировна** – врач-лаборант бактериологической лаборатории; **Ворожцова Татьяна Юрьевна** – врач-лаборант бактериологической лаборатории.

Проведено бактериологическое исследование микробиоценоза толстого кишечника у 75 матерей и их новорожденных, госпитализированных в стационар г. Ижевска с диагнозом острая кишечная инфекция. Установлено, что микробиоценоз толстого кишечника матерей характеризуется в 88% случаев дисбиотическими изменениями в кишечной микрофлоре, обусловленными прежде всего снижением уровня бифидо- и лактофлоры, выделением условно-патогенных микроорганизмов, грибов рода Candida, носительством патогенных эшерихий. Сравнительное изучение состава микрофлоры матери и ребенка показало, что дефицит индигенной микрофлоры кишечника матери вызывает аналогичные изменения в кишечнике новорожденного.

Ключевые слова: микрофлора, матери, новорожденные

I.M.Bragina¹, O.G.Mohova¹, S.V.Sokovnina², M.F. Keldiyarova³, S.V. Dueva³, O.S. Brusnichnikova³, N.V. Grebenkina³, T.Y. Vorozhtsova³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Childhood Infections

²Department of Microbiology

³City Clinical Hospital № 4, Izhevsk

MICROBIOCENOSIS OF THE COLON IN MOTHERS AND THEN NEWBORNS WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

Irina Bragina – post-graduate student Department; **Olga Mohova** – associate professor Department; **Svetlana Sokovnina** – Senior Lecturer of Department; **Margarita Keldiyarova** – Deputy Chief of medical questions City Clinical Hospital; **Dueva Svetlana** – Head of bacteriological laboratory; **Brusnichnikova Oksana** – laboratory assistant bacteriological laboratory; **Grebyonkina Natalia** – laboratory assistant bacteriological laboratory; **Vorozhtsova Tatiana** – laboratory assistant bacteriological laboratory

Conducted bacteriological examination of the large intestine microbiota in 75 mothers and their newborns admitted to a children's hospital in Izhevsk with a diagnosis of acute intestinal infection. Found that mothers microbiocenosis colon characterized in 88% of cases dysbiotic changes in intestinal microflora caused primarily lower level of bifidobacteria and lactoflora, the release of opportunistic pathogens, fungi of the genus *Candida*, carriage of pathogenic *Escherichia*. A comparative study of the composition of the microflora of mothers and children showed that the deficit indigenous microflora of the intestine mother causes a similar change in the newborn intestine.

Keywords: microflora, mothers, newborns

Актуальность. Острые кишечные инфекции на современном этапе не теряют своей актуальности в педиатрической практике в связи с частотой распространения, тяжестью течения, возможностью неблагоприятных исходов [1]. Одним из факторов риска возникновения инфекционных заболеваний новорожденного является нарушение формирования нормальной микрофлоры толстого кишечника. Многочисленными исследованиями доказана роль состояния микробиоты разных локусов матери, в том числе и толстого кишечника, в становлении кишечной микрофлоры ребенка и последующий уровень его инфекционной заболеваемости [2, 3].

Цель работы: изучить состояние микробиоценоза кишечника матерей новорожденных, заболевших острой кишечной инфекцией.

Материалы и методы. В исследование были включены матери и их новорожденные дети, находившиеся на лечении с острой кишечной инфекцией в детском стационаре БУЗ УР «ГКБ № 4 МЗ УР». Всего обследовано 75 пар мать – новорожденный. Исследование микробиоценоза кишечника проводили в первые сутки заболевания новорожденных. Микрофлору толстого кишечника на дисбактериоз исследовали рутин-

ными бактериологическими методами. Выделение бактериоидов, фузобактерий, эубактерий, пептострептококков, клостридий не проводилось. Качественный и количественный состав микрофлоры оценивали в соответствии с рекомендациями ОСТ 91500.11.0004–2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника».

Результаты. Этиологическая структура ОКИ у новорожденных, вошедших в исследование была представлена следующим образом: вирусные диареи (ротавирусная, норовирусная) диагностированы у 23 (30,6%) новорожденных, смешанной (вирусно-бактериальной) этиологии – у 9 (12%), ОКИ, обусловленные условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) – у 13 (17,3%), ОКИ неуточненной этиологии (ОКИНЭ) – у 30 (40,0%). У детей с ОКИ, вызванных УПМ, в том числе смешанной вирусно-бактериальной, в диагностическом титре $\geq 7 \lg \text{ КОЕ/г}$ у большинства больных (у 55,0% новорожденных) были выделены представители рода *Klebsiella spp.*, реже *Enterobacter* (15,0%), *Proteus spp.* (5,0%), также выделяли стафилококки: *St. aureus* (5,0%), *St. epidermidis hem*(+ 5%).

Данные проведенного бактериологического исследования микрофлоры толстого кишечника матерей представлены в таблице.

Состав микрофлоры толстого кишечника матерей новорожденных с острой кишечной инфекцией (n= 75)

Микроорганизм	Частота выделения микробов	Частота выделения микробов
	Абс. число	$P \pm m, \%$
Патогенные бактерии (ЭИКП О 25)	2	2,6 $\pm$ 1,9
Бифидобактерии $lg < 9 \text{ КОЕ/г}$	12	16,0 $\pm$ 4,2
Лактобактерии $lg < 7 \text{ КОЕ/г}$	59	79,0 $\pm$ 4,7
Энтерококки $lg > 8 \text{ КОЕ/г}$	0	0
<i>E. coli</i> типичные $lg < 7 \text{ КОЕ/г}$	22	29,3 $\pm$ 5,3
<i>E. coli</i> лактозонегативные $lg > 5 \text{ КОЕ/г}$	16	21,3 $\pm$ 4,7
<i>E. coli</i> гемолизующие $lg > 0 \text{ КОЕ/г}$	9	12,0 $\pm$ 3,7
Другие условно-патогенные энтеробактерии, в том числе:		
- <i>Kl. Oxitoca</i> $lg > 4 \text{ КОЕ/г}$	1	1,3 $\pm$ 1,2
- <i>Kl. Pneumonia</i> $lg > 4 \text{ КОЕ/г}$	3	4,0 $\pm$ 2,3
- <i>Enterobacter</i> $lg > 4 \text{ КОЕ/г}$	1	1,3 $\pm$ 1,2
<i>St. Aureus</i> $lg > 0 \text{ КОЕ/г}$	6	8,0 $\pm$ 3,1
Стафилококки (сапрофитный, эпидермальный) $lg \geq 5 \text{ КОЕ/г}$	0	0
<i>Candida</i> $lg \geq 5 \text{ КОЕ/г}$	2	2,6 $\pm$ 1,8
Неферментирующие бактерии $lg \geq 5 \text{ КОЕ/г}$ (представители родов <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> и др.)	0	0

Анализ полученных данных позволил установить, что только у $12,0 \pm 3,5$ % из обследованных матерей был определен нормобиоценоз, у остальных матерей ($88,0 \pm 3,8$ %) был диагностирован дисбактериоз кишечника различной степени выраженности. Так, дисбактериоз 1-й степени был выявлен у $54,8 \pm 5,7$ % матерей, дисбактериоз 2-й степени у $30,6 \pm 5,3$ %, у 2 матерей выявили носительство ЭИКП O25 ($2,6 \pm 1,9$ %).

Представители индигенной микрофлоры, количественный уровень которых был ниже допустимых норм, такие как бифидобактерии, встречались у $16 \pm 4,2$ % матерей, лактобактерии – у $79 \pm 4,7$ %, типичная кишечная палочка – у $29,3 \pm 5,3$ %, при этом выявлялись в количестве выше допустимых норм кишечные палочки с измененными свойствами: лактозонегативные (у $21,3 \pm 4,7$ %), гемолизирующие (у $12,0 \pm 3,7$ %).

Вместе с тем в микрофлоре кишечника матерей определялись и представители УПМ в количествах, превышающих допустимые нормы. Так, кокковая флора была представлена только *St. aureus*, выделяемым у $8 \pm 3,1$ % матерей. Из прочих УПМ были обнаружены *Klebsiella oxitoca* – у $1,3 \pm 1,2$ % и *Klebsiella pneumonia* – у $4,0 \pm 2,3$ % матерей, а грибы рода *Candida* – в $2,6 \pm 1,8$ % случаев.

Сравнительный анализ состава кишечной микрофлоры у матерей и их новорожденных показал, что одновременное снижение бифидо-, лактобактерий и типичных кишечных палочек ниже допустимых норм наблюдалось в 10 (13,3%), 44 (58,7%), 16 (21,3%) случаях соответственно. Выделение же одновременно у матери и новорожденного кишечных палочек с измененными свойствами – лактозонегативных и гемолитических – наблюдалось в $9,3 \pm 3,3$ % и $9,3 \pm 3,3$ % случаях. Из представителей УПМ одновременное выделение у матери и ребенка наблюдалось *Klebsiella oxitoca* и *Klebsiella pneumonia* – у $1,3 \pm 0,8$ % и $2,7 \pm 1,4$ % исследуемых

пар соответственно. Совпадение по частоте выделения грибов рода *Candida* не превышало $2,7 \pm 1,4$ %. У новорожденных, матери которых являлись носителями ЭИКП, эшерихоз не был диагностирован.

Состояние кишечного микробиоценоза матерей новорожденных с острой кишечной инфекцией ($n=75$), % к итогу:

нет дисбактериоза	12
дисбактериоз 1-й степени	54,8
дисбактериоз 2-й степени	30,6
носительство ЭИКП O25	2,6

Заключение. 1. У матерей новорожденных, заболевших острой кишечной инфекцией в 88% случаев выявлены дисбиотические изменения в кишечной микрофлоре.

2. Кишечный микробиоценоз матерей характеризуется дефицитом индигенной микрофлоры, в первую очередь, дефицитом лактофлоры, реже – бифидобактерий. Также отмечено снижение количества типичной кишечной палочки и повышение количества кишечной палочки с измененными свойствами. УПМ были представлены только *Klebsiella oxitoca* и *Klebsiella pneumonia*, стафилококами *St. aureus*, , также обнаружены грибы рода *Candida*.

3. Установлено, что наиболее часто в паре мать – новорожденный совпадает дефицитное состояние индигенной микрофлоры, особенно лактофлоры. Только представители рода *Klebsiella spp.*, определившие развитие ОКИ у новорожденных, также одновременно выделялись и у их матерей.

Список литературы

1. Итоги и перспективы изучения проблемы острых кишечных, респираторных инфекций и гепатитов у детей / А.В. Горелов [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – № 2. – С. 51–57
2. Николаева, И.В. Микробиологические нарушения у матери и ребенка: диагностика, прогностическое значение: автореф. дис... д-ра мед. наук / И.В. Николаева. – Казань, 2011. – 47 с.
3. Филиппова, И.Е. Формирование микробиоценоза кишечника у новорожденных детей раннего неонатального периода / И.Е. Филиппова // Медицина в Кузбассе. – 2006. – № 4. – С. 26–32

УДК 616.248-053.2:612.751.3.015.3

Л.П. Матвеева¹, М.К. Ермакова¹, Л.В. Рябова¹, Т.И. Тищук²¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии² БУЗ УР «Городская клиническая больница № 4 МЗ УР», г. Ижевск

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Матвеева Лариса Петровна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры; Ермакова Маргарита Кузьминична – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой; Рябова Людмила Владимировна – аспирант кафедры; Тищук Татьяна Исааковна – заведующая инфекционным отделением для новорожденных детей.

В работе проведен анализ особенностей обмена лизосомальных ферментов – α - и β -маннозидаз и сиаловых кислот на фоне базисной терапии бронхиальной астмы у детей. Результаты проведенных исследований показали, что адекватная базисная терапия бронхиальной астмы оказывает коррегирующее влияние на обмен биополимеров соединительной ткани.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами, соединительная ткань, α -маннозидаза, β -маннозидаза, сиаловые кислоты.

L.P. Matveeva¹, M.K. Ermakova¹, L.V. Ryabova¹, T.I. Tishchuk²¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Propedeutics of Children's diseases with course of polyclinic Pediatrics

²City clinical hospital № 4, Izhevsk

FEATURES OF THE CONNECTIVE TISSUE METABOLISM IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Matveeva Larisa Petrovna – Candidate of Medical Sciences, Lecturer; Ermakova Margarita Kuzminichna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department; Ryabova Lyudmila Vladimirovna – Postgraduate Student; Tishchuk Tatiana Isaakovna – Head of infectious diseases Department for newborn children

This research analyzes peculiarities of the turn-over in lysosomal enzymes – α -mannosidase, β -mannosidase and sialic acids against the backdrop of different types of the basis therapy of bronchial asthma in children in the outpatient conditions. The results of the investigations showed that the adequate basic therapy of bronchial asthma in children have a favorable effect on the connective tissue biopolymers turn-over.

Key words: bronchial asthma, children, basis therapy inhalant glucocorticosteroids, connective tissue, α -mannosidase, β -mannosidase, sialic acids.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, в основе которого лежит аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью [6]. Отношение к БА, как к хроническому воспалительному заболеванию с прогрессирующим течением, позволяет эффективно контролировать ее противовоспалительными препаратами. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) используются в лечении БА уже около 30 лет и составляют основу противовоспалительной терапии этого заболевания [1, 2, 8]. При недостаточном контроле симптомов астмы терапевтически более выгодным является назначение невысоких доз ИГКС и β_2 -агонистов длительного действия в одном баллончике, чем удвоенные дозы стероидов [2, 3].

Воспалительный процесс приводит к нарушению обменных реакций в основном веществе соединительной ткани, прямым показателем

состояния которого являются гликопротеины (сиало-, фукозо-, галактозо-, маннозосодержащие соединения). Сиаловые кислоты в составе рецепторного аппарата, иммуноглобулинов и лейкотриенов участвуют непосредственно в патогенезе аллергических заболеваний [7].

По литературным данным, у больных БА выявлено увеличение сиаловых кислот и гликозаминогликанов, выраженное в большей степени при обострении заболевания и тяжелом течении болезни. А в период неполной ремиссии БА сохраняется повышенный уровень сиаловых кислот [4, 9].

Менее изученными метаболитами соединительной ткани оказались маннозосодержащие соединения – лизосомальные ферменты (α -маннозидаза, β -маннозидаза). Определение α -маннозидазы позволяет оценить начальный распад гликопротеинов, т. к. α -манноза имеет терминальное положение, а β -маннозидаза ха-

рактеризует более глубокий процесс разрушения белковой молекулы ввиду срединного положения β -маннозы [5].

Недостаточно изученными остаются биохимические аспекты динамики течения БА на фоне терапии. Представляется актуальным комплексный клинико-биохимический подход к проблеме астмы у детей не только для выявления новых критериев диагностики, углубления знаний о некоторых аспектах патогенеза, но и совершенствования терапевтической тактики.

Цель исследования: изучение особенностей обмена гликопротеинов – α - и β -маннозидаз и сиаловых кислот для контроля эффективности различных видов базисной терапии БА у детей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 108 детей в возрасте 7–17 лет ($11,2 \pm 0,6$ года) с верифицированным диагнозом БА легкой, средней и тяжелой степени тяжести. В первую группу вошли 27 пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести, получающие базисную терапию комбинированными препаратами: Симбикорт (будесонид и формотерол) или Серетид (флутиказон и салметерол). Вторую группу составили 43 ребенка, большинство из них с БА средней степени тяжести, получающие монотерапию ИГКС: Беклазон Эко (беклометазон дипропионат) или Фликсотид (флутиказон пропионат). Третью группу представили 38 детей, преимущественно со среднетяжелым течением астмы, не получающих базисную терапию. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей того же возраста, которые в последние три месяца не имели острых заболеваний.

Длительность базисной терапии в дозе соответствующей возрасту и степени тяжести БА в первой группе составила $8,4 \pm 1,2$ месяцев, во второй – $6,7 \pm 0,8$. Пациенты третьей группы не получали базисную терапию в течение $4,2 \pm 0,7$ месяцев. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания и продолжительности базисной терапии ($p > 0,05$). Во время визитов контролировалась техника выполнения ингаляций и соблюдение режима дозирования.

У пациентов в сыворотке крови определялась активность α -маннозидазы, β -маннозидазы, сиаловых кислот и уровень общего IgE. Оценку контроля над БА проводили с помощью теста по контролю над астмойTM – *Asthma Control Test*,

ACT (12 лет и старше) и теста по контролю над астмой у детейTM – *Childhood Asthma Control Test*, *C-ACT* (4–11 лет). Результат 19 баллов и менее расценивался по итогам тестирования как отсутствие контроля над симптомами БА, итог в 20 и более баллов свидетельствовал об эффективном контроле заболевания.

Активность α -маннозидазы и β -маннозидазы в сыворотке крови определялась по методу П.Н. Шараева [7] с использованием реактивов фирмы Сигма Альдрих, США-Германия. Уровень сиаловых кислот в сыворотке крови определяли с помощью диагностического набора Сиалотест-80, ООО «РеаХим», Россия. Для определения общего IgE использовались диагностические наборы ЗАО – «ДИАплюс», Россия.

Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере с помощью пакета программы Статистика 6.0. Математический аппарат включал вариационный, альтернативный и корреляционный анализы. Оценка достоверности результатов проведена с использованием параметрических и непараметрических критериев (критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони, критерий согласия – χ^2). Различие средних величин считалось достоверным при уровне значимости ($p < 0,05$), соответствующим достоверной вероятности 0,95% и более.

Результаты и обсуждение. По данным АСТ-теста, дети первой группы смогли достичь полного контроля над заболеванием в 1,6 и 3 раза чаще по сравнению со второй и третьей группами соответственно.

На фоне приема комбинированной базисной терапии помимо эффективного влияния на уровень контроля заболевания наблюдалось корректирующее ее влияние на изучаемые метаболиты соединительной ткани.

Проведенное исследование показало высокий уровень обмена соединительной ткани у пациентов с БА по сравнению с детьми контрольной группы. Сравнительный анализ активности α -маннозидазы, β -маннозидазы и сиаловых кислот в группах наблюдения показал, что пациенты, не получающие базисного лечения, имели уровень обмена соединительной ткани в 1,5 и 1,2 раза выше, чем в первой и второй группах соответственно ($p < 0,01$). Уровень биополимеров у детей, получающих монотерапию ИГКС, оказался в 1,2 раза выше, чем у пациентов, по-

лучающих комбинированную терапию ($p < 0,01$). Следовательно, чем выше уровень лизосомальных ферментов и сиалогликопротеинов, тем активнее воспалительный процесс в организме.

Показатели α -маннозидазы, β -маннозидазы и сиаловых кислот у детей, получающих комбинированную базисную терапию и монотерапию ИГКС, оказались достоверно ниже, чем у пациентов не получающих адекватного лечения. При этом самые низкие показатели лизосомальных ферментов ($p < 0,01$) и сиалогликопротеинов ($p < 0,001$) были получены у детей первой группы, что свидетельствовало о большей эффективности комбинированной базисной терапии.

Достоверно низкие показатели исследуемого соединительнотканного обмена в сыворотке у детей с БА, получающих комбинированную базисную терапию, следует связать с угасанием воспалительных реакций и усилением репаративных процессов в бронхах, косвенно позволяющих судить об уменьшении катаболизма соединительной ткани.

Корреляционный анализ показал высокую положительную взаимосвязь между активностью α -маннозидазы, β -маннозидазы и уровнем общего IgE ($r = 0,43$; $p < 0,01$ и $r = 0,55$; $p < 0,01$ соответственно) с эозинофилией периферической крови ($r = 0,40$; $p < 0,01$ и $r = 0,61$; $p < 0,01$ соответственно). А взаимосвязь между уровнем сиаловых кислот оказалась средней положительной: с общим IgE ($r = 0,31$; $p < 0,05$), с эозинофилией периферической крови ($r = 0,36$; $p < 0,05$), что является показателем взаимосвязи активности обмена соединительной ткани и аллергического процесса.

Следовательно, на фоне проведения комбинированной базисной терапии у детей с БА воспалительный процесс будет менее выражен, по сравнению с группами детей, получающих монотерапию ИГКС и у пациентов, не получающих базисного

лечения, несмотря на то, что в первой группе преобладают дети с тяжёлым течением заболевания.

Вывод. Определение уровня показателей соединительнотканного обмена (α -маннозидазы, β -маннозидазы и сиаловых кислот) в сыворотке крови у детей с БА могут иметь практическое значение, так как они отражают активность воспалительного процесса в организме и могут служить критерием эффективности проводимой терапии БА у детей.

Результаты исследований показали, что проведение базисной терапии БА у детей оказывает корригирующее влияние на обмен биополимеров соединительной ткани, особенно при использовании комбинированных препаратов.

Список литературы

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2007 г.) / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.
2. Геппе, Н.А. Новое в комбинированной терапии средне-тяжёлой и тяжёлой бронхиальной астмы у детей / Н.А. Геппе, А.Р. Денисова, Н.И. Соколова // Пульмонология. – 2007. – № 4. – С. 12–16.
3. Черняк, Б.А. Стратегия длительной комбинированной терапии бронхиальной астмы: клинко-патогенетическое обоснование / Б.А. Черняк // Пульмонология. – 2006. – № 2. – С. 121–126.
4. Ермакова, М.К. Аллергические болезни органов дыхания у детей и подростков Удмуртии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.К. Ермакова. – М., 2000. – 40 с.
5. Кольман, Р. Наглядная биохимия: пер. с нем. / Р. Кольман. – 2-е изд. – М.: Мир, 2004. – 469 с.
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Оригинал-макет, 2012. – 184 с.
7. Шараев, П.Н. Соединительная ткань в детском возрасте: монография / П.Н. Шараев [и др.]. – Ижевск, 2005. – 152 с.
8. Bisgaard, H. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing / H. Bisgaard, M.N. Hermansen, L. Loland et al. // N. engl. J. Med. – 2006. – V. 354. – P. 1998–2005.
9. Bramley, A.M. Hypothesis: excessive bronchoconstriction in asthma is due to decreased air way elastance / A.M. Bramley, R.J. Thomson, C.R. Roberts et al. // eur. Respir. J. – 1994. – V. 7. – №2. – P. 337–341.

УДК 616.379-008.64-053.2.6-08:615.252.349.7

М.А. Ларионова¹, Т.В. Коваленко¹, Е.В. Ибрагимова², О.В. Кунаева²

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

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

ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ

Мария Аркадьевна Ларионова – очный аспирант кафедры; Татьяна Викторовна Коваленко – доктор медицинских наук, профессор кафедры; Елена Валентиновна Ибрагимова – кандидат медицинских наук, заведующая отделением детской эндокринологии; Ольга Владимировна Кунаева – детский эндокринолог.

В статье представлена оценка эффективности и безопасности помповой инсулинотерапии в сравнении с традиционной базис-болюсной инсулинотерапией в режиме многократных инъекций. В ходе исследования сформирован республиканский регистр пациентов детского и подросткового возраста с СД 1 типа. Доказано, что помповая инсулинотерапия существенно улучшает параметры углеводного обмена у пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, инсулинотерапия, инсулиновая помпа

M.A. Larionova¹, T.V. Kovalenko¹, E.V. Ibragimova², O.V. Kunaeva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

²Republic Childhood Clinic Hospital

INSULIN PUMP THERAPY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES IN THE UDMURT REPUBLIC: EFFECTIVENESS AND PROBLEMS

Maria Arkadevna Larionova – postgraduate student; Tatiana Victorovna Kovalenko – Doctor of Medical Sciences, Professor; Elena Valentinovna Ibragimova – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of children endocrinology; Olga Vladimirovna Kunaeva – Children endocrinologist

We evaluated the efficacy and safety of insulin pump therapy compared to traditional basal-bolus insulin therapy in the mode of multiple injections. The study formed a national register of patients of children and adolescents with type 1 diabetes. It is proved that insulin pump therapy significantly improves parameters of carbohydrate metabolism in patients.

Key words: type 1 diabetes, insulinothrapy, insulin pump

Основные проблемы сахарного диабета (СД) связаны со стремительным ростом заболеваемости, риском развития специфических микрососудистых осложнений, определяющих инвалидизацию и смертность пациентов [1]. Качество метаболического контроля заболевания является важным фактором в любом возрасте, однако достижение устойчивой компенсации углеводного обмена наиболее проблематично у детей и подростков [6]. В этом отношении помповая инсулинотерапия (ПИТ) является альтернативным методом базис-болюсной терапии в режиме многократных инъекций. Основным преимуществом инсулиновой помпы является улучшение гликемического контроля с уменьшением вариабельности уровня глюкозы и снижением частоты гипогликемий [4,5]. При этом сохраняются требования к постоянному самоконтролю заболевания с мониторингом гликемии, соблюдением диеты и режима физических нагрузок.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения ПИТ у детей и подростков Удмуртской Республики, а также создание республиканского регистра пациентов, находящихся на ПИТ.

Материалы и методы. Обследовано 47 детей в возрасте 1,8–16,9 года (средний возраст составил $11,4 \pm 3,0$ года), получающих помповую ин-

сулинотерапию по поводу СД 1-го типа. Среди обследованных городских жителей было 58,8%, сельских – 41,2%. Мальчиков среди обследованных было 36,4%, девочек – 63,6%.

На основании проведенного обследования сформирован республиканский регистр пациентов на ПИТ, который содержит информацию по ряду показателей: паспортные данные, возраст, длительность заболевания, показания к переводу на ПИТ, динамика параметров углеводного обмена, наличие специфических осложнений СД, доза инсулина.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием традиционных параметрических методов с вычислением относительных (P) и средних величин (M) с определением ошибки ($\pm m$). Оценка достоверности различий показателей проводилась по критерию Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение. По данным официальной статистики (форма №12), на 01.01.2013 г. в УР зарегистрировано 253 ребенка 0–17 лет с СД 1-го типа, из которых 206 (81,5%) находятся на базис-болюсной инсулинотерапии, 47 (18,5%) – на ПИТ.

В возрастной структуре пациентов, получающих ПИТ, преобладают дети 7–12 (36,4%) и 12–15 (36,4%) лет, что вполне закономерно, учитывая возможность обучения и самостоятельного их

участия в программировании помпы. При переводе с режима многократных инъекций на ПИТ проводилось обучение пациентов и их родителей в школе самоконтроля заболевания по специальной адаптированной программе. Основными клиническими показаниями к переводу на ПИТ были невозможность компенсации на базис-болюсной инсулинотерапии и формирование специфических диабетических осложнений (57,9%), склонность к гипогликемии (2,6%), иглофобия у детей раннего возраста (5,3%). В 31,6% случаев ПИТ назначена по желанию пациентов.

Средняя продолжительность заболевания на момент перевода на ПИТ составляла $4,4 \pm 3,8$ года (колебания от 1,5 мес. до 13 лет). Чаще всего помпа устанавливалась пациентам с давностью СД менее 1 года (40%) и более 5 лет (40%). Исходно средняя доза инсулина составила $0,8 \pm 0,2$ ед/кг/сут, не меняясь после перевода на помпу (также $0,8 \pm 0,2$ ед/кг/сут). В качестве препаратов инсулина использовались ультракороткие аналоги – Новорапид (51,6%) и Хумалог (48,4%).

Как показал наш опыт, перевод на ПИТ приводит к положительной динамике в метаболической компенсации заболевания (см.табл.). В течение первых 2 лет помповой инсулинотерапии отмечается отчетливое снижение показателей среднесуточной гликемии, амплитуды гликемии и *HbA1c*. В соответствии с имеющимися стандартами медицинской помощи, в качестве критерия метаболической компенсации

СД был принят уровень *HbA1c* < 8%. На этапе традиционной инсулинотерапии детей с такими показателями было всего 12,5%. После перевода на ПИТ их доля значительно возросла – спустя 6 месяцев применение ПИТ в компенсации находились 29,4% пациентов, а через 2 года – 33,3%.

Несомненным преимуществом инсулиновых помп является возможность дополнительного болюсного введения инсулина без инъекций в случаях незапланированных приемов пищи и гипергликемии, что очень быстро осознается пациентами и широко ими используется. Однако в ряде случаев это приводит к хаотичному режиму питания, снижая мотивацию к соблюдению врачебных рекомендаций по самоконтролю заболевания и диеты.

Существенные финансовые затраты на обслуживание инсулиновой помпы, приобретение расходных материалов могут явиться причиной нарушения сроков их использования, в частности, более длительного применения игл и инфузионных катетеров. При этом в 1,5 раза чаще наблюдается окклюзия катетера [2].

Таким образом, при проведении ПИТ существует целый ряд факторов, которые могут значительно снизить ее эффективность. Об этом свидетельствуют результаты исследований других авторов [2, 3]. Именно с этим мы в первую очередь связываем ухудшение показателей гликемического контроля у пациентов, находящихся на ПИТ 3–5 лет (табл.).

Показатели метаболической компенсации СД после перевода на ПИТ ($M \pm m$)

Показатели	Длительность ПИТ				
	0 (исходно)	6 мес	1 год	2 года	3–5 лет
Среднесуточная гликемия, ммоль/л	$14,8 \pm 1,8$ (<i>n</i> =47)	$7,5 \pm 0,4$ (<i>n</i> =36 <i>p</i> <0,05)	$7,8 \pm 0,6$ (<i>n</i> =27 <i>p</i> <0,05)	$7,9 \pm 1,2$ (<i>n</i> =14 <i>p</i> <0,05)	$8,8 \pm 2,4$ (<i>n</i> =4 <i>p</i> >0,05)
Амплитуда гликемии в течение суток, ммоль/л	$10,4 \pm 0,7$ (<i>n</i> =47)	$7,0 \pm 0,3$ (<i>n</i> =33 <i>p</i> <0,05)	$7,1 \pm 0,4$ (<i>n</i> =26 <i>p</i> <0,05)	$5,9 \pm 1,1$ (<i>n</i> =12 <i>p</i> <0,05)	нет данных
<i>HbA1c</i> , %	$11,4 \pm 0,7$ (<i>n</i> =47)	$9,1 \pm 0,4$ (<i>n</i> =31 <i>p</i> <0,05)	$9,8 \pm 0,9$ (<i>n</i> =20 <i>p</i> >0,05)	$9,4 \pm 1,0$ (<i>n</i> =9 <i>p</i> >0,05)	$10,8 \pm 1,1$ (<i>n</i> =3 <i>p</i> >0,05)

Вывод. Созданный в результате проведенной работы республиканский регистр пациентов с СД на ПИТ на базе РДКБ МЗ УР, в котором отражена динамика состояния и метаболического контроля пациентов, доказывает эффективность и безопасность ПИТ у детей и подростков. Но заметное улучшение контроля заболевания возможно лишь при комплаентности пациента и его семьи, при наличии мотивации на соблюдение врачебных рекомендаций по самоконтролю заболевания.

Список литературы

1. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И. И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
2. Малиевский, О.А. Ошибки в помповой инсулинотерапии, допускаемые детьми и подростками с сахарным диабетом. / О.А. Малиевский, Д.С. Нурмухаметова, Р.В. Башарова // Проблемы эндокринологии. – 2012. – № 2. – Вып. 2. – С. 32–33.
3. Помповая инсулинотерапия: размышления клинициста / Е.И. Сибилева [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2012. – № 2. – Вып. 2. – С. 40–41.
4. Помповая инсулинотерапия у детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1 типа, в Московском регионе / Е.Е. Петрайкина [и др.] // Сахарный диабет. – 2009. – № 3. – С. 60–63.
5. Проспективное наблюдение эффективности и безопасности помповой инсулинотерапии детей и подростков / А.О. Емельянов [и др.] // Сахарный диабет. – 2010. – № 3. – С. 143–146.
6. Современные технические достижения инсулинотерапии сахарного диабета у детей / Э.Т. Манджиева [и др.] // Педиатрия. – 2010. – № 5. – С. 137–142.

УДК 617.586-007.58-085(470.51-25)

В.Г. Федоров¹, А.В. Чернов²

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

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

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ В ПЕРВОЙ РКБ МЗ УР

Федоров Владимир Григорьевич – ортопед-травматолог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры;
Чернов Артем Вячеславович – ортопед-травматолог, ассистент кафедры

В статье проведен анализ методов лечения больных с поперечным плоскостопием. Выявлено отсутствие единого алгоритма оперативного вмешательства, основанного на объективных методиках оценки анатомо-функциональных результатов до и после лечения.

Ключевые слова: поперечное плоскостопие, операции при вальгусной деформации первого пальца стопы.

V.G. Fedorov¹, A.V. Chernov²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

²Republic Clinic Hospital № 1

METHODS OF TREATMENT OF TRANSVERSE PLATYPEDIA IN 1 RSC, IZHEVSK

In the article the analysis of methods of treatment of patients with transverse platypodia.

Key words: transverse platypodia, operations with hallux valgus.

Ведущее положение среди всех ортопедических заболеваний, по данным литературы [1, 5], от 72 до 80% занимает деформация стопы в виде вальгусного отклонения первых пальцев, связанного с поперечным плоскостопием. В литературе вопросы поперечно-распластанной деформации стопы освещены крайне недостаточно, и эти «...сведения носят общий характер и весьма лаконичны в отношении лечения», несмотря на то, что данная деформация встречается у женщин молодого и трудоспособного возраста [4]. Причины развития поперечного плоскостопия

различны – это врожденная несостоятельность мышечно-связочного аппарата стопы, работа, связанная с длительным пребыванием на ногах, ношение нерациональной обуви (высокий каблук и узкий носок). Поперечное плоскостопие приводит к малоподвижности, невозможности носить стандартную, а иногда и ортопедическую обувь, что делает данную патологию социально значимой. В настоящее время основным способом лечения поперечного плоскостопия является хирургический. На сегодняшний день существует до 400 методов оперативного лече-

ния поперечного плоскостопия, которые можно классифицировать по объектам воздействия: мягкие ткани, костные структуры, а также их комбинации [3]. С каждым годом разрабатываются новые способы, что свидетельствует об отсутствии в настоящее время эффективного метода. Ни один из методов не дает пожизненную гарантию от рецидива, и вероятной причиной сложившейся ситуации является отсутствие этиопатогенетической концепции в способе операции, устраняющей первоначальную причину развития деформации.

Цель: провести анализ оперативных методов лечения пациентов с поперечным плоскостопием, госпитализированных в ортопедическое отделение Первой РКБ г. Ижевска.

Материалы и методы. Сплошным методом изучены карты стационарных больных, находившихся на лечении в ортопедическом отделении в 2009–2011 гг. Все пациенты были госпитализированы для оперативного лечения. Основными причинами обращения за медицинской помощью стали болевой синдром и деформация стопы, затрудняющая ношение стандартной обуви. Всего на лечении находилось 77 больных с поперечным плоскостопием, что составило 3,2% от всех госпитализированных.

Средний возраст пациентов – 47,2 года (см. табл.). Мужчин было 17 человек, женщин 60. Городские жители в возрасте от 27 до 63 лет составили 39% (30 человек), в основном это были женщины – 25 человек (83,3%).

Операции, направленные на устранение одного компонента деформации (операции Шеде) выполнены в 46,8% случаев (36 больных).

Операции, направленные на устранение двух компонентов деформации (операции Шеде, Мак-Брайда, Крамаренко, Гомана) выполнены 32 па-

циентам, (42,6% случаев). Применены операции, направленные на устранение трех и более компонентов поперечного плоскостопия 9 пациентам (11,7% случаев).

Результаты и обсуждение. Анализ показывает, что основной контингент больных, госпитализированных в ортопедическое отделение республиканской больницы, составили жители села, преимущественно женщины. Средний возраст пациентов, госпитализированных для оперативного лечения, составил 47,2 года. Длительность заболевания, исходя из анамнеза, колебалась от 1 года до 36 лет. Величина временного промежутка связана со степенью выраженности поперечного плоскостопия, а также зависит от профессии больного. Чем более выражено плоскостопие, тем раньше наступает декомпенсация, и болевой синдром приводит пациента на прием к ортопеду, который, исходя из клинической картины, рекомендует оперативное лечение.

Анализ методов хирургического лечения больных с поперечным плоскостопием и вальгусной деформацией первого пальца стопы свидетельствует об отсутствии патогенетического подхода к выбору тактики. Некоторые операции (по Шеде) рассчитаны только на косметический эффект и приводят к незначительному временному улучшению, другие направлены на устранение лишь одного - двух компонентов деформации и оставляют без внимания другие изменения стопы.

В отделении не имеется алгоритмов выбора оптимального варианта оперативного вмешательства, основанного на объективных методиках оценки анатомо-функциональных результатов до и после лечения. Отсутствует единый взгляд на хирургическое, а также дальнейшее реабилитационное лечение таких больных.

Длительность интервала между первыми клиническими проявлениями заболевания и принятием решения о необходимости оперативного лечения в зависимости от возраста

Длительность заболевания, лет	Количество пациентов	Процент	Возраст больных, лет	Средний возраст больных, лет
До 5	29	37,7	От 17 до 70	46,6
От 6 до 10	16	20,8	От 16 до 60	45,4
От 11 до 20	25	32,4	От 25 до 73	48,8
Более 20	7	9,1	От 37 до 60	48,8

Вывод. Пациенты с поперечным плоскостопием, находившиеся на стационарном лечении в ортопедическом отделении, составили 3,2% от всех госпитализированных. Основной контингент больных, госпитализированных для оперативного лечения, составили женщины (77,9% случаев). Не имеется обоснованных алгоритмов выбора оптимального варианта оперативного вмешательства, основанного на объективных методиках оценки анатомо-функциональных результатов до и после лечения.

Список литературы

1. Бельский, А.Г. Плоскостопие: проявление и диагностика / А. Г. Бельский // *Consilium medicum*. – 2005. – Т. 7. – № 8. – С. 618–622.

2. Гамалин, С.В. Совершенствование хирургической тактики при лечении больных с поперечным плоскостопием: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Гамалин. – СПб., 2011. – 24 с.

3. Карданов, А.А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / А.А. Карданов, Л.Г. Макияев, М.П. Лукин. – М.: Медпрактика, 2008. – 24 с.

4. Малаш, Биал Мухамед Хасан. Реконструктивное хирургическое лечение поперечного плоскостопия: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Биал Мухамед Хасан Малаш. – СПб., 2008. – 26 с.

5. Несенюк, Е.Л. Хирургическая коррекция вторичных послеоперационных деформаций переднего отдела стопы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Л. Несенюк – СПб., 2000. – 20 с.

УДК 616.12-008.331.1:546.33.131

В.И. Бутрина

НОУ ВПО «Евразийский открытый институт», г. Москва

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Бутрина Вера Ивановна – кандидат медицинских наук, декан факультета управления в социальной сфере

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная причина инвалидности и смертности в большинстве развитых стран у лиц старше 40 лет. Особенно частое распространение среди трудоспособного населения получила артериальная гипертензия (АГ). В патогенезе ССЗ и АГ всё большее значение придается «метаболическому синдрому», включая в него нарушения липидного, углеводного метаболизма, объясняя эти нарушения изменением гормональной регуляции со стороны инсулина (инсулинорезистентность) и гормонов жировой ткани (лептин, адипонектин). В этой связи в статье рассмотрены вопросы соблюдения пациентами здорового образа жизни, в частности соблюдение рационального питания в целях снижения риска развития артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания, поражение сосудистой стенки, правильное и рациональное питание.

V.I. Butrina

Eurasian Open Institute, Moscow

PSYCHO-EMOTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION CONSUMING INCREASED AMOUNT OF TABLE SALT

Butrina Vera Ivanovna – Candidate of Medical Sciences, Dean of the Faculty of Management in Social Services

Cardiovascular diseases are the main cause of disability and mortality among the people over 40 years of age in the majority of developed countries. Arterial hypertension has become particularly common among able-bodied population. In pathogenesis of cardiovascular diseases and arterial hypertension more and more importance is attached to «metabolic syndrome», which includes disturbances of lipid and carbohydrate metabolism, these disturbances being explained by the changes of hormonal regulation caused by insulin (insulin resistance) and the hormones of adipose tissue (leptin, adiponectin). For this reason the article touches upon the issues of patients keeping healthy lifestyles, particularly having a balanced diet to reduce the risk of developing arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, cardiovascular diseases, lesion of vascular wall, rational and irrational nutrition.

Артериальная гипертензия (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, во многом определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности населения в настоящее время. В России АГ в среднем выявляется среди мужчин в 39%, а среди женщин в 41% случаев [WHO-ISH, 1990; 2003]. Сравнительно редко она встречается в молодом возрасте, тогда, как после 60–70 лет

частота ее выявления достигает 81% у мужчин и 86% – у женщин. Проблема лечения и профилактики АГ является крайне актуальной, что, в первую очередь, обусловлено высокой частотой развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при этой патологии.

Хроническое воспаление сосудистой стенки с поражением интимы сосудов и активным вовлечением эндотелия также все чаще назы-

вают причиной ССЗ и развития артериальной гипертензии. К факторам, ослабляющим капсулу бляшки, способствующим ее разрыву и, как следствие, развитию острого коронарного синдрома (ОКС), стали относить воспаление внутри бляшки, сопровождающееся инфильтрацией ее покрышки макрофагами. В клинической практике нередко возникают трудности в дифференциальной диагностике острых нарушений коронарного кровотока с инфекционным процессом. Воспалительная реакция признается одним из наиболее вероятных механизмов в развитии обострений ИБС [1, 2, 3, 6].

В последнее время особую тревогу вызывает широкое распространение АГ среди трудоспособного населения, поскольку ранняя инвалидизация таких больных, снижение продолжительности их жизни, необходимость интенсивного лечения и реабилитации наносят ощутимый экономический урон. Основными причинами возникновения артериальной гипертензии являются несоблюдение правил здорового образа жизни таких, как рациональное питание, в частности потребление в пищу превышающего норму объема поваренной соли (ПС), что является одним из основных управляемых факторов риска АГ.

Учесть количество потребляемой ПС у конкретного больного достаточно сложно. Наиболее часто для получения представления об уровне потребления поваренной соли с пищей конкретным человеком используется опрос, измерение суточного натрийуреза. Тем не менее роль каждого из этих методов в определении истинного потребления ПС конкретным больным и их клиническое значение не установлено, что значительно затрудняет дальнейшее изучение роли натрия в этиопатогенезе АГ. Один из методов определения потребления ПС может быть прямо связан со снижением вкусовой чувствительности рецепторов языка к хлориду натрия, что вызывает в свою очередь непроизвольное увеличение его потребления. Это в последующем может способствовать развитию АГ. Принимая во внимание климатические и географические особенности положения России и, в силу этого, употребление населением большого количества консервированных продуктов, следует предположить, что роль натрия в этиопатогенезе АГ в нашей стране особенно велика, в связи с чем

необходимо разработать конкретные мероприятия по лечению и профилактике АГ в аспекте управляемых факторов образа жизни и с учётом психологических особенностей больных артериальной гипертензией пациентов [1, 2, 3, 4, 5].

Материалы и методы. Изучение психологического статуса пациентов проведено у 280 больных неосложненной АГ и больных АГ с осложнениями (ИБС и сахарный диабет – СД) с применением сокращенного многофакторного опросника личности – СМОЛ [Зайцев В.П., 1992]. Утверждения распределяются по 11 шкалам. По результатам выводился психологический профиль личности больного. За норму принимался профиль личности не превышающий 60 по шкалам Т-баллов.

Для диагностики типов отношения к болезни у 185 больных АГ с ИБС и СД использовался личностный опросник (ЛОБИ), разработанный в НИИ им. В.М.Бехтерева, состоящий из 12 разделов, каждый из которых содержит от 10 до 16 утверждений, предполагающих различные типы отношений к болезни. Полученные тест-карты обрабатывались с помощью специализированной компьютерной программы.

Результаты и обсуждение. При анализе оказалось, что у больных с неосложненной АГ 1-й группы возраст, в котором была впервые диагностирована АГ в среднем составил $43,4 \pm 2,0$ года; 2-й – $44,5 \pm 1,9$; 3-й – $36,2 \pm 1,9$ года. У больных АГ с сопутствующим ИБС и СД данный показатель составил – $44,6 \pm 2,3$ года, $45,1 \pm 1,81$ соответственно.

У больных АГ с ИБС и СД не было выявлено взаимосвязи между потреблением ПС и длительностью сопутствующей патологии. В тоже время следует отметить, что давность АГ у больных с высоким потреблением ПС (на момент обследования) была в 2 раза больше, чем с низким ($p < 0,05$). Это еще раз подтверждает, что АГ у больных с ИБС и СД появилась значительно раньше, чем развился СД, и она начиналась как эссенциальная АГ.

Таким образом, больные АГ с высоким потреблением ПС имеют определенные клинические особенности заболевания, а именно: частые жалобы сердечно-сосудистого и невротического характера, осложнение течения болезни гипертоническими кризами и инфарктом миокарда, более ранним развитием АГ.

Результаты исследования с помощью теста СМОЛ показали, что у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й психологический профиль оказался выше по 1-й (ипохондрия), 3-й (истерия) и 9-й (гипомания) шкале соответственно – $56,5 \pm 1,5$ и $51,3 \pm 1,6$; $53,8 \pm 1,2$ и $50,0 \pm 1,4$; $53,5 \pm 1,6$ и $47,3 \pm 2,3$ ($p < 0,05$). Повышение профиля по указанным шкалам трактуется как конверсионный тип. Лица, имеющие сочетание упомянутых выше трех шкал характеризуются повышенной активностью, высоким честолобием, нереализованной возможностью добиться желаемого положения. В их психологическом статусе преобладают тревога, напряженность, и для них характерно активное стремление найти помощь у врача.

При оценке отношения к болезни обращает на себя внимание то, что наиболее часто во всех группах обследованных встречаются лица с гармоничным типом отношения к болезни. Однако число пациентов с гармоничным типом в группе с высоким потреблением ПС почти в 2 раза меньше, чем с низким – в 28 и 53% соответственно, ($p < 0,05$). Пациенты с эргопатическим типом (указывает на отсутствие ограничительного поведения, характеризующееся «уходом от болезни в работу») также чаще встречались в группе с низким потреблением ПС, соответственно в 5,0 и 1,0% ($p > 0,05$). Напротив, в группе с высоким потреблением ПС чаще выявлялись дезадаптивные типы отношения к болезни. Так, у них почти в 3 раза чаще ($p < 0,05$), чем в группе с низким потреблением ПС, диагностировался тревожный тип отношения к болезни, соответственно в 21,0 и 8,0%, ($p < 0,05$). Почти $\frac{1}{3}$ больных с высоким потреблением ПС имели неврастенический тип (поведение по типу «раздражительной слабости»), соответственно в 19,0 и 1,0%, ($p < 0,05$). Полученные данные в целом согласуются с результатами СМОЛ. Таким образом, у пациентов с высоким потреблением ПС реже встречается

гармоничный тип отношения к болезни и, напротив, чаще – дезадаптивный тип.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что у больных АГ повышенное потребление ПС оказывает влияние на клинические проявления и является весомым этиологическим фактором её возникновения. На потребление ПС влияет ряд особенностей человека, а привычка потреблять повышенное количество ПС, как правило, формируется в детстве, в связи с чем необходимо в детском возрасте закладывать основы здорового и рационального питания. В психологическом статусе у больных с высоким потреблением поваренной соли имеется склонность к невротизации, преобладают дезадаптивные типы отношения к болезни, чаще диагностируется депрессия и она имеет более выраженный характер.

Все это необходимо учитывать при наблюдении за больными АГ, поскольку уменьшение потребления ПС с пищей является важнейшей профилактической мерой, снижающей риск развития артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Список литературы

1. Повышенное потребление поваренной соли – главный этиологический фактор юношеской артериальной гипертензии / В.С. Волков [и др.] // Кардиология: эффективность и безопасность диагностики и лечения. – М., 2001. – С. 76.
2. Психо-вегетативно-соматические соотношения у больных артериальной гипертензией, потребляющих повышенное количество поваренной соли / В.С. Волков, О.Б. Поселюгина, С.А. Роккина // Психосоматическая медицина. – СПб., 2006. – С. 62.
3. О причине психовегетативных нарушений у больных артериальной гипертензией / В.С. Волков [и др.] // Психосоматическая медицина. – СПб., 2007. – С. 60–61.
4. О роли наследственности в этиопатогенезе артериальной гипертензии / В.С. Волков [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 4. – С. 20–22.
5. **Поселюгина, О.Б.** Новые (старые) подходы к профилактике артериальной гипертензии / О.Б. Поселюгина // Сердечная недостаточность. – М., 2008. – С. 89.
6. **Волков, В.С.** Психологический статус больных артериальной гипертензией, потребляющих повышенное количество поваренной соли / В.С. Волков, О.Б. Поселюгина // Терапевтический архив. – 2010. – № 9. – С. 38–40.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

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

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

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

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

3. В начале первой страницы указывают: полужирным прописным начертанием название, в следующей строке – инициалы и фамилии авторов (курсив), учреждение в котором выполнена работа; затем фамилия, имя, отчество, занимаемая должность, его почтовый и электронный адрес, телефон. Далее – аннотация к статье и ключевые слова. Ниже все вышеперечисленное на английском языке.

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

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

6. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168×250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit*, 600 dpi, *TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: по-

рядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка представлена в форматах *Corel Draw* 10-14; *Adobe Illustrator* 9–12.

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

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

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

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

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

12. В случае поступления в редакцию двух или более статей одного автора (авторов) в одном номере журнала может быть напечатана только одна.

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

Статьи направляются по адресу: 426034 Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, Ижевская государственная медицинская академия. Редакция журнала «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». Электронная почта: *hde_fu_journal@mail.ru*.

RULES FOR AUTHORS

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

The article should be presented according to the rules:

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

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

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

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

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 – 2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru.