



ISSN 1994-8921

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

**№1
2021**

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

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

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 1

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *А.Е. Шкляев*

Editor-in-Chief A.Ye. Shklyayev

ИЖЕВСК • 2021

IZHEVSK • 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.Е. Шкляев (Российская Федерация), главный редактор; **Н.С. Стрелков** (Российская Федерация), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Н.М. Попова** (Российская Федерация), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

A.Ye. Shklyayev (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief*; **N.S. Strelkov** (*Russian Federation*), *Deputy Editor-in-Chief*; **L. Lenard** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*; **N.M. Popova** (*Russian Federation*) *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Н. Буранова (Ижевск); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **М.А. Иванова** (Москва); **В.В. Люцко** (Москва); **А.И. Мартынов** (Москва); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **И.М. Сон** (Москва); **А.А. Спасский** (Москва); **Цай Ся** (Китай); **М.С. Табаров** (Таджикистан); **Денг Хонг** (Китай); **М. Цолаки** (Греция); **О. Чампай** (Словакия); **А.М. Шамсиев** (Узбекистан); **Ш.А. Юсупов** (Узбекистан); **Ван Шо** (Китай)

EDITORIAL COUNCIL

L.N. Buranova (*Izhevsk*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **M.A. Ivanova** (*Moscow*); **V.V. Lyutsko** (*Moscow*); **A.I. Martynov** (*Moscow*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **I.M. Son** (*Moscow*); **A.A. Spasskiy** (*Moscow*); **Cai Xia** (*China*); **M.S. Tabarov** (*Tajikistan*); **Deng Hong** (*China*); **M. Tsolaki** (*Greece*); **O. Champai** (*Slovakia*); **A.M. Shamsiev** (*Uzbekistan*); **Sh.A. Yusupov** (*Uzbekistan*); **Wang Shuo** (*China*)

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

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

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

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ижевская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Ширококова*
Художественный редактор *А.С. Киселева*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 22.04.2021. Подписано в печать 26.03.2021.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 7,7. Уч.-изд. л. 6,2.
Тираж 500 экз. Заказ

РИО ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
Учредитель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, Удмуртская
Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Издатель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, Удмуртская
Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в ООО «Принт»
426039, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Дзержинского, 11.
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. А. Гаврилов, А. А. Смолин, М. А. Фефилова
ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 5

V.A. Gavrilov, A.A. Smolin, M.A. Fefilova
EXAMINATION OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN MEDICAL INSTITUTIONS OF THE UDMURT REPUBLIC WORKING WITHIN THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE..... 5

В. Н. Савельев
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (ФРАГМЕНТ АКТОВОЙ РЕЧИ)..... 11

V.N. Saveliev
CONTINUITY AND CONSISTENCY IN THE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN THE UDMURT REPUBLIC (A FRAGMENT OF AN ORATION) 11

Ю. В. Ковалев
ПСИХОПАТОЛОГИЯ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ТРУДАХ ПРОФЕССОРА АЛЕКСАНДРА ЛЬВОВИЧА ЛЕЩИНСКОГО..... 17

Yu. V. Kovalev
PSYCHOPATHOLOGY OF COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY IN THE WORKS OF PROFESSOR ALEXANDER LVOVICH LESHCHINSKY..... 18

Ю. В. Ковалев, В. Т. Лекомцев, Ю. Г. Каменщиков
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ИЖЕВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 гг.) 19

Yu. V. Kovalev, V.T. Lekomtsev, Yu. G. Kamenshchikov
THE ACTIVITIES OF THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY OF IZHEVSK MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR (1941–1945) 20

Е. Н. Леонова
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ОЦЕНИВАНИЯ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ КЛИНИЧЕСКИМИ ОРДИНАТОРАМИ 22

E. N. Leonova
PECULIARITIES OF COGNITIVE APPRAISAL OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS BY CLINICAL RESIDENTS 22

Е. Д. Мухаметгалева, Т. М. Муравцева, И. И. Успенская, Н. С. Стрелков, С. А. Пушина
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. 25

E. D. Mukhametgaleeva, T. M. Muravtseva, I. I. Uspenskaya, N. S. Strelkov, S. A. Pushina
PRIMARY DISABILITY IN CHILDREN OF THE UDMURT REPUBLIC 26

ЭКОЛОГИЯ

М. К. Иванова
СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЙ ТЕХНОГЕНЕЗ КАК ПРИЧИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ 29

M.K. Ivanova
AGRICULTURAL TECHNOGENESIS AS A CAUSE OF MALIGNANT NEOPLASMS 29

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С. И. Индиаминов, А. А. Ким
ОЧАГИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ФОКУСОВ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА – ПРИЗНАКИ ИНТОКСИКАЦИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ 31

S.I. Indiaminov, A.A. Kim
HEMORRHAGIC FOCI OF CEREBRAL HEMISPHERES – SIGNS OF CARBON MONOXIDE INTOXICATION 31

И. Р. Гайсин, А. С. Исхакова, Е. С. Самарцева, О. П. Шамчук
ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ 35

I. R. Gaisin, A. S. Iskhakova, E. S. Samartseva, O. P. Shamchuk
MANAGEMENT OF WOMEN WITH POSTPARTUM ARTERIAL HYPERTENSION. 35

<i>М.И. Слобожанин, С.О. Старовойтов, М.Г. Мясников, А.Е. Ворончихин</i> ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	46	<i>V. T. Lekomtsev, N. A. Klimenko</i> SOME OF THE ISSUES OF TREATING EPILEPSY IN PREGNANT WOMEN	53
<i>M. I. Slobozhanin, S. O. Starovoitov, M. G. Myasnikov, A. E. Voronchikhin</i> THE TACTICS AND RESULTS OF TREATING INJURIES OF ABDOMINAL ORGANS AND RETROPERITONEAL SPACE	46	<i>Н. Н. Ишанкулова</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ	55
<i>В. Т. Лекомцев, Н. А. Мадиярова, Е. Н. Васильева</i> ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ ЛЕРМИТТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	49	<i>N. N. Ishankulova</i> REVEALING RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN A CITY POLYCLINIC	55
<i>V. T. Lekomtsev, N. A. Madiyarova, E. N. Vasilyeva</i> VISUAL LHERMITTE'S HALLUCINOSIS: A CLINICAL CASE	49	<i>В.В. Проничев, Х.И. Акберова, А.Э. Джениева, А.М. Емельянова, В.А. Байков</i> ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	57
<i>В. Т. Лекомцев, Ю. В. Ковалев, А. Д. Миннегалеев, Э. С. Лекомцев</i> О РОЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ У ПАЦИЕНТА ШИЗОФРЕНИИ.	51	<i>V. V. Pronichev, Kh. I. Akberova, A. E. Dzhenieva, A. M. Emelyanova, V. A. Baykov</i> PERFORATION OF THE GALLBLADDER AS A COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE	57
<i>V. T. Lekomtsev, Yu. V. Kovalev, A. D. Minnegaliev, E. S. Lekomtsev</i> THE ROLE OF EMOTIONAL STRESS IN THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA	51	<i>Ж.О. Атакулов, А.М. Шамсиев, Ш.А. Юсупов</i> АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕТСТВЕ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ	59
<i>В. Т. Лекомцев, Н. А. Клименко</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ	53	<i>J. O. Atakulov, A. M. Shamsiev, Sh. A. Yusupov</i> ADAPTATION OF PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY FOR HYPOSPADIA IN CHILDHOOD	59

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.255.4:368.042:616-08-07 (470.51)

В. А. Гаврилов, А. А. Смолин², М. А. Фефилова²

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

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

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Гаврилов Владимир Александрович – старший преподаватель кафедры; Смолин Андрей Александрович – исполнительный директор; Фефилова Мария Александровна – руководитель группы экспертной деятельности

Одной из значимых целей Национального проекта «Здравоохранение» является улучшение качества медицинской помощи. Решение этой задачи – компетенция органов здравоохранения, медицинских организаций, страховых медицинских организаций, органов исполнительной власти. Проведен анализ экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляемой страховой медицинской организацией. Дана оценка основных причин выявленных дефектов и нарушений при оказании медицинской помощи, пути их устранения; показана роль в этом организаций обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи; медико-экономический контроль; медико-экономическая экспертиза; дефекты/нарушения при оказании медицинской помощи; финансовые санкции, штрафы

V. A. Gavrilov¹, A. A. Smolin², M. A. Fefilova²

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

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

EXAMINATION OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN MEDICAL INSTITUTIONS OF THE UDMURT REPUBLIC WORKING WITHIN THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE

Gavrilov Vladimir Aleksandrovich – senior lecturer; Smolin Andrey Aleksandrovich – executive director; Fefilova Maria Aleksandrovna – head of the expert group

One of the important aims of the national project «Health Care» is improving the quality of medical care. The accomplishment of this objective is within the competence of health authorities, medical institutions, medical insurance companies, and local executive authorities. The article analyzes the examination of the quality of medical care in medical institutions conducted by a medical insurance company. The main reasons for the revealed defects and violations of providing medical care have been assessed; the ways to eliminate them and the role of compulsory medical insurance companies in this process have been demonstrated.

Key words: examination of the quality of medical care; medical and economic control; medical and economic expert examination; defects/violations of providing medical care; financial sanctions, fines

Система обязательного медицинского страхования нацелена, в первую очередь, на защиту прав застрахованных. Одним из субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи является страховая медицинская организация. Реализация этой задачи обеспечивается исполнением ряда функций, возложенных действующим законодательством на страховые медицинские организации, в том числе прове-

дением экспертной деятельности. Страховые медицинские организации осуществляют в медицинских организациях контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам в объеме и условиях, которые установлены

территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором с медицинской организацией на оказание и оплату медицинской помощи.

Указанные мероприятия на сегодня регулируются Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; базовой и территориальной программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2018 г. № 36; Критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203 Н и рядом других нормативных правовых актов [1–10].

Цель исследования: оценка практики и анализ эффективности экспертной работы в Удмуртском филиале АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».

Материалы и методы исследования: реестры актов медико-экономического контроля, акты и экспертные заключения по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи за период 2017–2019 гг., выполненные специалистами-экспертами страховой медицинской организации (плановые, целевые и тематические экспертизы).

Реестры принятых санкций к медицинским организациям за нарушение договорных обязательств в части выявленных нарушений объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

Методы исследований: статистический: подсчет количества проведенных медико-экономических экспертиз (МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП) за 4 месяца 2019 г. и 4 месяца 2020 г. с использованием автоматизированного программного продукта «Эксперт».

Аналитический метод: оценка основных причин нарушений и дефектов оказания меди-

цинской помощи по результатам проведенных экспертиз страховой медицинской организацией в медицинских организациях и объемов финансовых санкций и удержаний.

В страховой медицинской организации (СМО) работа по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи проводится специалистом – экспертом, 3 штатными врачами-экспертами качества оказания медицинской помощи группы экспертной деятельности и внештатными экспертами из реестров Федерального фонда ОМС (ФФОМС) и Территориального фонда ОМС Удмуртской Республики (ТФОМС УР). Экспертная работа ежегодно строится по согласованному с ТФОМС УР плану проверок в медицинских организациях Удмуртской Республики, работающих в системе ОМС, в объеме установленных федеральных нормативов. Кроме этого, проводятся целевые экспертизы и экспертизы по заданию ТФОМС УР. Целевые экспертизы проводятся в случаях поступления жалоб от застрахованных лиц, летальных исходов лечения, первичного выхода на инвалидность, повторного обращения за медицинской помощью и в других случаях, таких как отказ пациенту в постановке на диспансерное наблюдение при выявленном/имеющемся хроническом неинфекционном заболевании, лечение злокачественных новообразований при помощи химиотерапии, непрофильная госпитализация.

Общий объем экспертиз, проведенных СМО, из года в год увеличивается. Число экспертиз за 2017–2019 годы возросло: МЭЭ на 126%, ЭКМП на 38,5% (рис. 1).

За анализируемый период отмечена тенденция снижения удельного веса выявляемого количества дефектов и нарушений оказываемой медицинской помощи в медицинских организациях по результатам экспертиз при проведении МЭЭ на 30,6%, при ЭКМП на 5,7%, проведенных экспертами Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Постоянный контакт экспертов СМО с руководителями и врачами-специалистами медицинских организаций республики по анализу и оценке имеющихся дефектов/нарушений медицинской помощи является одним из положительных факторов повышения ее доступности и качества.

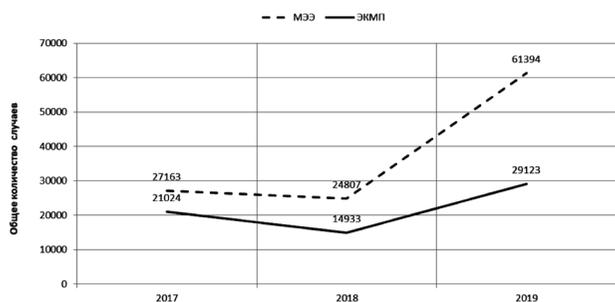


Рис. 1. Число рассмотренных страховых случаев при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в 2017–2019 гг.

Анализируя данную тенденцию, отмечены положительные изменения в части снижения дефектов/нарушений оказываемой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи при МЭЭ на 34%, при ЭКМП на 21,3% (рис. 2). Не снижаются дефекты/нарушения в круглосуточных стационарах и при оказании скорой медицинской помощи. При МЭЭ они выросли на 17,5% и 68%; при ЭКМП – на 36,6% и 10,1% соответственно.

Финансовые санкции и штрафы за некачественное оказание медицинской помощи и ее доступность ужесточаются в рамках действующих нормативных актов ФФОМС и ТФОМС УР (рис. 3).

За 3 года финансовые санкции и штрафы к медицинским организациям, работающим в системе ОМС, при МЭЭ выросли на 27,3%, ЭКМП – на 13,6%.

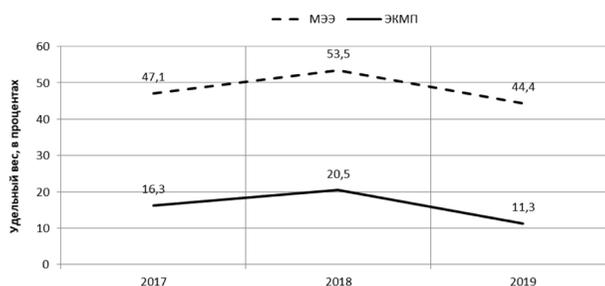


Рис. 2. Доля страховых случаев МЭЭ и ЭКМП, содержащих дефекты/нарушения оказания медицинской помощи

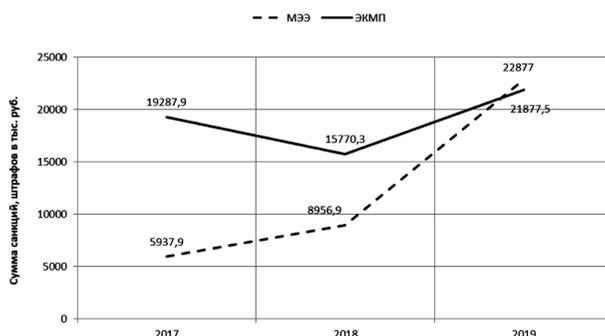


Рис. 3. Финансовые санкции, штрафы по результатам проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в 2017–2019 гг. (тыс. руб.)

За 4 месяца 2020 года проведен более углубленный анализ видов выявленных нарушений оказания медицинской помощи, послуживший причиной отказа/уменьшения оплаты из средств ОМС по результатам экспертной работы СМО в сравнении с аналогичным периодом 2019 года (табл. 1, 2).

Таблица 1. Результаты экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» за январь – апрель 2020 г.

№ п/п	Виды экспертиз, выявленные нарушения	Удержания и санкции (тыс. руб.)	Амбулаторно-поликлиническая помощь (случаи)	Стационарная помощь (случаи)	Стационарно-замещающая помощь (случаи)	Скорая медицинская помощь (случаи)	ВСЕГО (случаи)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Проведено ЭКМП и МЭЭ экспертами качества медицинской помощи, всего	11 589,3	4472	1198	575	927	7172
1.1.	Штатными	7 917,7	4116	583	486	0	5185
1.2.	Нештатными	3 671,6	356	615	89	927	1987
2.	В том числе по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи): в т. ч. 2.1. Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи. В том числе код 3.2: ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств при проведении ЭКМП (коды нарушений 3.2.1,3.2.2,3.2.3, 3.2.5)	3 139,4	1320	535	290	72	2223
	2.2. Дефекты оформления медицинской документации при проведении МЭЭ и ЭКМП (коды нарушений 4.1,4.2,4.3,4.4)	8 092,1	2898	406	580	33	3867
3.	Прочие разделы и коды нарушений	357,8	154	257	171	822	1082

Таблица 2. Результаты экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» за январь – апрель 2019 г.

№ п/п	Виды экспертиз, выявленные нарушения	Удержания и санкции (тыс.руб.)	Амбулаторно-поликлиническая помощь (случаи)	Стационарная помощь (случаи)	Стационарно - замещающая помощь (случаи)	Скорая медицинская помощь (случаи)	ВСЕГО (случаи)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Проведено ЭКМП и МЭЭ экспертами качества медицинской помощи, всего	17035,7	7573	1748	1082	1066	11469
1.1.	Штатными	12809,5	7150	993	844	0	8987
1.2.	Внештатными	4226,2	423	755	238	1066	2482
2.	В том числе по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи): в т. ч. 2.1. Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи. В том числе код 3.2: ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств при проведении ЭКМП (коды нарушений 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.5)	7303,3	2636	1127	665	60	4488
	2.2. Дефекты оформления медицинской документации при проведении МЭЭ и ЭКМП (коды нарушений 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6.1, 4.6.2) ¹	7847	3505	522	356	60	4443
3	Прочие разделы и коды нарушений	1885,4	1432	99	61	946	2538

¹С учетом дополнений/изменений в Приложении 31.1 к Тарифному соглашению в сфере ОМС на территории УР на 2019 год, которым введены штрафные санкции по коду 4.1 за непредставление первичной медицинской документации, а также введены новые санкции (финансовое удержание и штраф) по кодам: 4.6.1 (некорректное применение тарифа по КСГ, требующее его замены по результатам экспертизы) и 4.6.2 (включение в счёт на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи).

Основными нарушениями, выявленными при проведении экспертных мероприятий, являются несоблюдение порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и федеральных стандартов обследования и лечения, необоснованного назначения лекарственных препаратов, отсутствие/дефекты наблюдения за пациентом на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. При проведении сравнительного анализа выявленных нарушений за 4 месяца 2020 года с аналогичным периодом 2019 года можно отметить некоторую позитивную динамику в части снижения на 13% количества

нарушений по ненадлежащему оказанию медицинской помощи пациентам в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Соответственно финансовые санкции уменьшились на 32%.

Значительная часть финансовых санкций к медицинским организациям была применена за нарушение предоставления информации по фактам оказания медицинской помощи застрахованным лицам, а именно отсутствие медицинской документации, по которой оплачены медицинские услуги из средств ОМС (табл. 3).

Таблица 3. Наиболее часто встречающиеся нарушения оказания медицинской помощи при проведении ЭКМП врачами-экспертами Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в медицинских организациях

Периоды проведения ЭКМП	Выявленные нарушения в медицинских организациях	Случаи	Финансовые санкции (тыс.руб.)
4 мес. 2019 г.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	1448	5471,2
4 мес. 2020 г.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	876	4116,4

Одной из мер по уменьшению нарушений, связанных с предоставлением медицинской документации и наличием записей посещений врача, подтверждающих факт обращения пациента за медицинской помощью, может быть ускорение перехода на электронный документооборот медицинских организаций, а также контролируемых организаций.

К числу прочих нарушений, выявляемых при проведении экспертных мероприятий, можно отнести нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС; взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования и другие.

На примере городской больницы можно рассмотреть финансовые потери при оказании медицинской помощи из-за выявленных нарушений при ЭКМП, куда за 4 месяца 2020 года перечислено денежных средств из Удмуртского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 124 255,2 тыс. рублей (табл. 4). Из 1946 случаев проведенных экспертиз – 1001 с дефектами медицинской помощи, наложено финансовых штрафов 3264,8 тыс. руб.

Финансовые потери медицинской организации в результате выявленных дефектов/нарушений медицинской помощи составили 2,6% от суммы перечисленных средств. По итогам экспертной деятельности за 4 месяца 2020 года страховой медицинской организацией направлена информация в адрес руководителей городской больницы с указанием примененных финансовых санкций по основным выявленным нарушениям оказания медицинской помощи и оформления медицинской документации. По результатам рассмотрения выявленных на-

рушений руководством страховой медицинской организации совместно с администрацией больницы приняты организационные меры по их устранению. При последующей контрольной проверке за май-июнь 2020 года их количество уменьшилось в 3 раза. В последние годы активизировалась экспертная работа по социально значимым направлениям. Работа проводится в тесном взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими помощь застрахованным лицам, Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, ТФОМС УР и застрахованными лицами.

Экспертизы проводятся по следующим направлениям оказания медицинской помощи: в случаях оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии; при назначении обезболивающей терапии пациентам со злокачественными новообразованиями с выраженным болевым синдромом; в случаях непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения; при проведении динамического наблюдения пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда; при выявлении дефектов оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе в случае возникновения повторного инфаркта миокарда; в случаях летального исхода в течение года после проведения диспансеризации; при проведении экспертных мероприятий в отношении застрахованных лиц, не взятых по результатам диспансеризации на диспансерное наблюдение; для оценки качества лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе в случае повторных вызовов скорой медицинской помощи (3 раза в неделю) застрахованным лицом, подлежащим диспансерному наблюдению по одному и тому же заболеванию; при проведении профилактических медицинских осмотров детей-сирот и детей, взятых на усыновление.

Таблица 4. Пример расчета финансовых потерь по результатам экспертизы медицинской помощи на примере городской больницы за период январь–апрель 2020 года

Профиль видов медицинской помощи	Амбулаторно-поликлиническая помощь	Дневной стационар	Круглосуточный стационар
Всего выявлено случаев с нарушениями/дефектами	658	214	129
- в том числе по кодам раздела 4, всего случаев	608	198	87
На них наложено финансовых санкций и удержаний (тыс. руб.)	662,9	1127,7	1133,0
- в том числе по кодам раздела 3, всего случаев	44	16	42
На них наложено финансовых удержаний (тыс.руб.)	5,6	114,7	220,9

По всем случаям отказа от взятия на диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, страховыми представителями второго уровня страховой медицинской организации проводится информирование пациентов с просьбой обратиться в медицинскую организацию, а также направляются письма в медицинскую организацию с уведомлением о необходимости их взятия на диспансерный учет. Подобная работа проводится и с медицинскими организациями, чьи пациенты, в результате выявленных дефектов лечения на амбулаторном этапе, вынуждены вызывать скорую медицинскую помощь для введения дополнительной обезболивающей терапии при онкологических заболеваниях, медикаментозной коррекции приступов бронхиальной обструкции и гипертонических кризов и других состояниях. Также в адрес руководства медицинских организаций доводится информация о выявленных нарушениях при прохождении диспансеризации прикрепленного населения, замене регламентированных методов обследования. Проводится контроль маршрутизации и лечения пациентов на разных этапах оказания медицинской помощи с повторным инфарктом миокарда, экспертные мероприятия по фактам соблюдения сроков обследования и маршрутизации пациентов с выявленными полипами желудочно-кишечного тракта. По их результатам подготовлены предложения в Министерство здравоохранения Удмуртской Республики о внесении изменений в маршрутизацию пациентов.

Совместными усилиями ТФОМС УР и СМО за период 2019–2020 гг. удалось значительно улучшить качество оказания химиотерапевтической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. За счет ежемесячного проведения экспертных мероприятий всех случаев химиотерапевтического лечения, нарушения в котором в 2019 г. выявлялись более, чем в 90 % случаев, удалось добиться соответствия применяемых схем лечения в медицинских организациях клиническим рекомендациям Минздрава России. Медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь пациентам со злокачественными новообразованиями, стали соблюдаться требования клинических рекомендаций по профилактике кардиоваскулярной токсичности, профилактике и лечению тошноты

и рвоты, вторичных тромбоэмболических осложнений. Изменилось качество оформления медицинской документации, оформления согласия пациентов, до которых теперь доводится информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с лечением, рисках, возможных вариантах лечения, их последствиях и предполагаемых результатах.

Вывод. 1. Основные нарушения, повлекшие значительные финансовые санкции в медицинских организациях, связаны с нарушениями при оформлении медицинской документации: непредоставление медицинской документации, отсутствие в представленной документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту; отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консилиумов специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица; наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинских документах.

2. Отмечаются прочие нарушения, выявляемые при проведении экспертных мероприятий: нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

3. Под руководством ТФОМС УР, с участием СМО медицинские организации активизировали работу по устранению выявленных дефектов/нарушений оказания медицинской помощи, оформления медицинской документации, удалось повысить качество и доступность медицинской помощи на разных этапах ее оказания.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 20.11. 2019 г №326-ФЗ (с изменениями). – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 08.06.2020 г.). – <http://www.base.garant.ru/12/91967/>
3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». – http://www.ffoms.dov.ru/documents/the-orders-oms/?PAGEN_1=2

4. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203 Н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». – <http://www.mcst.ru>

5. Постановление Правительства Удмуртской Республики от 30.12.2019 г. № 629 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (с изменениями на 06.04.2020 г.). – <http://www.tfos18.ru>

6. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2020 год от 27 декабря 2019 г. – <http://www.tfos18.ru>

7. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2019 год от 20 декабря 2018 г. – <http://www.tfos18.ru>

8. Протокол решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС в УР от 27 декабря 2019 г. № 13. – <http://www.tfos18.ru>

9. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». – <http://www.minzdrav.gov.ru/natsproektzdravooohranenie>

10. Обязательное медицинское страхование: учебно-методическое пособие / Н.С. Стрелков, Л.Г. Романенко, Н.М. Попова [и др.]. – Ижевск, 2017. – 52 с.

УДК 614.2 (470.51)

V. N. Saveliev

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

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (ФРАГМЕНТ АКТОВОЙ РЕЧИ)

Савельев Владимир Никифорович – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел: 8 (3412)91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

В статье рассматривается роль преемственности в соблюдении исторической объективности развития системы здравоохранения УР, значение последовательности в перспективном развитии здравоохранения без значимых скачков показателей здоровья общества. Автор предлагает более оптимальные пути совершенствования и адаптивования здравоохранения к современным условиям социально-экономических преобразований в республике.

Ключевые слова: многоукладная система медицинской помощи; благотворительная, страховая и платная формы медицинской помощи; накопительный счет

V. N. Saveliev

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

CONTINUITY AND CONSISTENCY IN THE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN THE UDMURT REPUBLIC (A FRAGMENT OF AN ORATION)

Vladimir Nikiforovich Saveliev – Professor of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru

The article examines the role of continuity in the observance of historical objectivity in the development of the health care system of the UR. The importance of consistency is in the future development of health care without significant leaps in public health indicators. The author suggests optimal ways to improve health care and adapt it to modern conditions of socio-economic transformation in the republic.

Key words: multiform system of medical care; charitable, insurance and paid forms of medical care; savings account

Размышления о здравоохранении представлены во фрагменте актовой речи, произнесенной на Республиканской научно-практической конференции «Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики в условиях оптимизации отрасли доктором медицинских наук, профессором Савельевым Владимиром Никифоровичем в связи с 85-летием со дня рождения и 50-летием организаторской деятельности.

... Жить следует так, чтобы не обидеть своим равнодушием окружающих и быть честным. Пусть потомки узнают о нашей деятельности от нас лично, а не от претенциозных последователей. Исказить историю любого свершения в деятельности народа или конкретного чело-

века – это величайшее преступление. Такие факты, вероятно, имеют место, особенно среди творческих работников и руководителей. Я уверен, что со временем люди создадут прибор, которым смогут измерить степень излучения доброй и чистой энергии, исходящей от наших предков. Хочу на своём примере рассказать, как просто, вероятно неосознанно, искажались заслуги Минздрава Удмуртской Республики, хотя обо всем можно было узнать лично у руководителя.

С неприятным удивлением я узнал, что Первую Республиканскую клиническую больницу (Первая РКБ) на 1000 коек начал строить главный врач без проектно-сметной документации.

Прочитав материалы сборника, некоторые могут и поверить, но, я думаю, более знающие читатели засомневаются. О реальном строительстве Первой РКБ в Удмуртской АССР разговор стали поднимать после принятия Постановления политбюро ЦК КПСС и Совета министров СССР о строительстве на территории страны пятидесяти больниц на 1000 коек в областях и республиках с населением в регионах не менее 3 000 000 человек. Наша республика в этот список не вошла по причине небольшой территории и малого количества населения (1 500 000 человек). Однако нашей республике повезло. В 1975 году состоялись выборы депутатов в Верховный Совет Российской Советской Федеративной Социалистической Республики, и от избирательного округа нашей республики, куда входили Можгинский, Алнашский, Вавожский и Граховский районы, был выдвинут кандидатом в депутаты министр здравоохранения РСФСР Трофимов Владимир Васильевич (рис. 1).

Именно в 1975 году я заступил на должность министра здравоохранения Удмуртской Автономной Советской Социалистической Республики. Накануне приезда в Удмуртию кандидата в депутаты в Верховный Совет РСФСР первый секретарь обкома КПСС Валерий Константинович Марисов пригласил нас с заместителем председателя Совета министров Н. А. Новиковым и поручил обдумать предложения для внесения в список наказов от Удмуртской Республики кандидату в депутаты В. В. Трофимову – министру здравоохранения РСФСР.



Рис. 1. Слева направо: В. Г. Садовников – председатель Можгинского райсовета, К. Т. Рябов – председатель Можгинского горсовета, председатель Совета министров УАССР А. Т. Марков, министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов, главный врач Можгинской ЦРБ В. В. Алабужев

Мы предложили строительство республиканской клинической больницы на 1000 коек, В. К. Марисов поддержал наше предложение, потому что существующая республиканская больница по материальной базе и санитарно-гигиеническому состоянию уже не соответствовала современным требованиям. Однако министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов нам объяснил, что подобные больницы, на основании Постановления политбюро ЦК КПСС и Совета министров СССР, уже распределены по территориям и в основном по союзным республикам. Совет министров России также уже распределил эти объекты по своим регионам с населением 3–4 миллиона человек, но пообещал проконтролировать строительство указанных объектов на территории России. В случае выявления задержки в строительстве данных объектов где-либо в регионах России, пообещал перераспределить это строительство в Удмуртскую АССР. Таким образом, мы получили не предусмотренный по нормативам Постановления объект строительства республиканской больницы на 1000 коек в Удмуртской АССР (рис. 2).

Осуществлять контроль над строительством взялся лично первый секретарь обкома КПСС В. К. Марисов, потому что объект был передан с таким условием, что республика гарантирует построить больницу на 1000 коек за 4 года. Большие усилия прилагал руководитель генерального подрядчика В. М. Пескишев, который для этого объекта создал отдельное управление, обеспечил красным кирпичом определенной серии, доставляя из города Глазова с Чепецкого завода, потому что в городе Ижевске кирпичи нужной серии не производили.



Рис. 2. Строительство республиканской больницы на 1000 коек.

Данный объект был одним из дорогостоящих в нашей республике в эти годы – стоимостью более 14 миллионов рублей. Заказчиком объекта выступало Министерство здравоохранения УАССР, ход строительства больницы курировал заместитель министра А. М. Газизов. Строительство больницы шло с опережением графика, и в результате объект был введен раньше предусмотренного срока. Оснащение больницы жёстким, мягким инвентарем, техникой и оборудованием осуществлялось с определенными трудностями. Лифты ещё были не установлены и приходилось поднимать все тяжести до 9 этажа силами пациентов наркологического отделения, которые допускали халатность и неосторожность при установлении их на место. Поэтому небольшие площади наливного пола были повреждены. Строители, в лице генерального подрядчика В. М. Пескишева, без промедления проинформировали об этом первого секретаря обкома КПСС В. К. Марисова, который в срочном порядке созвал заседание бюро обкома КПСС для рассмотрения данного случая. Так я получил первое партийное взыскание – выговор с занесением в учётную карточку. Это было единственным «поощрением» за всё время строительства больницы.

Должен сказать, что строительством медицинских объектов Министерство здравоохранения УАССР за период моей работы в должности министра здравоохранения занималось весьма успешно: выделенные средства использовались всегда в срок. Так же успешно осваивались средства, выделенные промышленными предприятиями и Министерством сельского хозяйства на развитие материально-технической базы медицинских организаций. Учитывая нашу активность в капитальном строительстве, Министерством здравоохранения РСФСР выделялось дополнительное финансирование за счет неосвоенных средств капиталовложений другими регионами России. Таким образом, за время моей работы в должности министра здравоохранения УАССР было введено более 100 больниц и поликлиник, в том числе стационаров на 9666 койко-мест, в результате площади на одну койку с 2,5 кв. м. доведены до 5,3 кв. м., поликлиник на 16190 посещений и площади на одно посещение довели до 6 кв. м. В системе здравоохранения впервые были созданы республиканский информационно-аналитический центр, республиканское ремонтно-монтажное

управление, автобаза Министерства здравоохранения, республиканский музей медицинских и фармацевтических работников.

Для совершенствования и повышения знаний средних медицинских работников впервые в республике создано училище повышения квалификации, одновременно организован в Ижевском государственном медицинском институте факультет повышения квалификации врачей. Таким образом, к концу 80-х годов в УАССР был достигнут высокий уровень оснащённости здравоохранения основными ресурсами и материальными объектами, в результате заметно повысились доступность и качество оказания медицинской помощи населению республики. Очевидно поэтому Первая Всесоюзная научно-практическая конференция по всеобщей диспансеризации населения проводилась в УАССР, городе Ижевске в 1985 году (рис. 3).

За время моей работы в МЗ УАССР три медицинские организации благодаря усердному труду коллектива заслужили звания школ передового опыта Министерства здравоохранения РСФСР и СССР: медико-санитарная часть объединения «Ижмаш», главный врач Т. И. Крупина (за рационализацию автоматизированной системы управления здравоохранением на уровне медицинской организации); медсанчасть объединения «Мотозавод», главный врач И. Б. Однопозов (за внедрение цехово-территориального метода медицинского обслуживания рабочих промпредприятий); Республиканский онкологический диспансер, главный врач Е. А. Кучурин (за достижение отличных результатов в раннем выявлении и лечении рака шейки матки в Удмуртии).



Рис. 3. Первая Всесоюзная научно-практическая конференция по всеобщей диспансеризации населения. В президиуме слева направо: В. В. Трескунов – нач. отдела СТ помощи МЗ СССР, Г. З. Демченкова – зав. отделом диспансеризации НИИ СГ и ОЗ им. Семашко, Г. А. Новгородцев – зам. директора в НИИ СГ и ОЗ им. Семашко, министр здравоохранения УАССР В. Н. Савельев, Ю. А. Забин – представитель Минздрава РСФСР, Г. Г. Седова – Герой Социалистического Труда, главный врач МСЧ ЭГЗ г. Сарапула, зав. Ижевским горздравотделом И. Б. Эдлинский

Состояние отрасли здравоохранения Удмуртской АССР заметно отличалось от современного состояния системы здравоохранения [1–5]. Приведу некоторые показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций в 70–80 гг. прошлого столетия в сравнении с показателями текущего столетия. Обеспеченность койками и уровень госпитализации в республике значительно снизились (рис. 4).

Медицинских организаций в 1985 году для оказания медицинской помощи в республике насчитывалось 113 единиц, к 2018 году осталось только 66, то есть сократилось почти на 50% (49,6). За эти же годы количество медицинских организаций первичного звена сократилось более чем на 30% – с 951 до 646. Прямые и косвенные показатели здоровья населения за годы реформы претерпели существенные изменения: общая заболеваемость в 1990 году составляла 1373 на 1000 населения, к 2018 году повысилась до 1967, то есть увеличилась на 43,2% (рис. 5).

Первичная заболеваемость за это же время увеличилась более чем на 30% – с 729 до 952 на 1000 населения. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в 1990 году составляла 115,8 на 100 работающих; к 2018 году снизилась до 70,7; в то же время первичная инвалидность в указанные годы увеличилась с 44,2 до 54,5 на 10000 населения. Заболеваемость с ВУТ снизилась на 39%, а первичная инвалидность повысилась на 23,3%. Подобные «ножницы» в показателях временной и стойкой утраты трудоспособности являются основными из весомых характеристик малодоступности медицинской помощи населению (рис. 6).

Обеспеченность врачами в республике в 1990 году составляла 36,3 на 10000 населения, к 2018 году она достигла 41,5, а число посещений на 1 врача поликлиники в указанные годы составило соответственно 3277,5 и 2634,1, то есть нагрузка на 1 врача снизилась почти на 10%. Однако, за эти же годы количество посещений в поликлинику на 1 жителя Удмуртии увеличилось с 9 до 10,4. Этот факт требует внимательного изучения достоверности этих показателей. В условиях низкой нагрузки врачей в поликлинике подобное явление в реальной жизни маловероятно. По нагрузке врачей поликлиники представляется, что возможность пациента попасть к врачу снизилась. Косвенный показатель здоровья населения наглядно отражается в естественном движении населения республики.

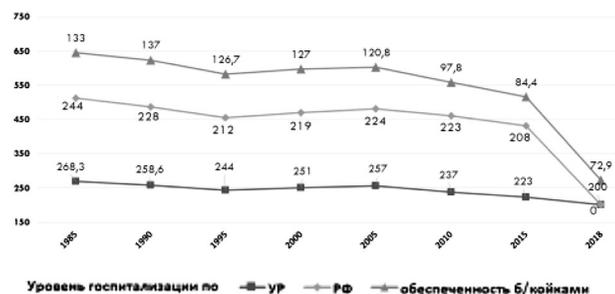


Рис. 4. Показатели госпитализации и обеспеченность койками на 1000 населения за 1985–2018 годы в Удмуртской Республике.

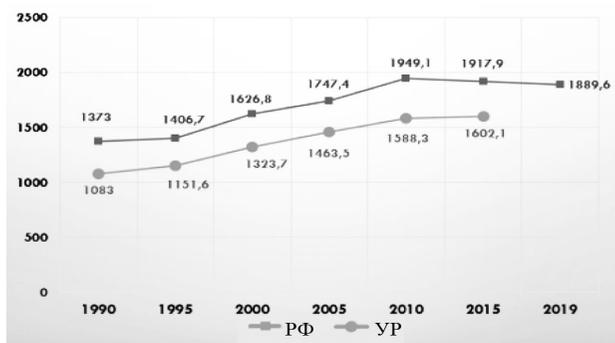


Рис. 5. Показатели общей заболеваемости населения УР за 1990–2019 годы (на 1000 населения).



Рис. 6. Показатели заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности в УР за 1990–2018 годы.

В 1980 году рождаемость на 1000 населения в нашей республике составляла 18,3; к 2018 году она снизилась до 10,9. Смертность населения за указанные годы повысилась с 11,2 до 12,0 и естественный прирост населения снизился с 7,1 на 1000 населения до 1,1 (рис. 7).

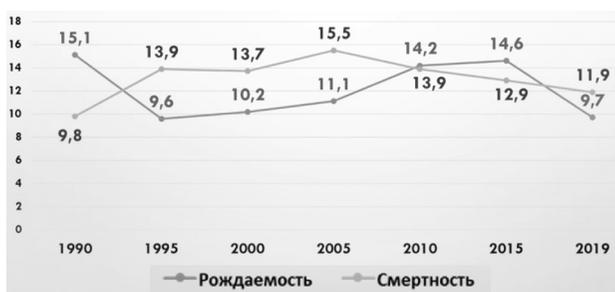


Рис. 7. Показатели рождаемости и смертности УР за 1990–2019 годы (на 1000 человек).

Статистика свидетельствует об отсутствии прироста населения республики (рис. 8).

Однако должен отметить, что снижение младенческой смертности за указанные годы с 19 до 4,3 на 1000 родившихся живыми предопределяет повышение предстоящей продолжительности жизни с 70 лет до 72,5 года (рис. 9).

Эти положительные показатели никак не являются подтверждением здоровья пожилых людей. Поэтому единственным резервом для дальнейшего повышения активной продолжительности жизни общества до 75 лет, как указано в Национальной программе «Здоровье», является формирование здорового образа жизни, в том числе повышение ее качества, особенно в пожилом возрасте.

К сожалению, в республике нет геронтологического центра, где бы пациенты пожилого возраста могли получать консультативную и медицинскую помощь. Если серьезно заниматься продлением активного долголетия общества, необходимо организовать научно-практический геронтологический центр совместно с профессорско-преподавательским составом Ижевской государственной медицинской академии.

Прошу обратить внимание на неудовлетворительную демографическую ситуацию. Материнский капитал оказывает недостаточное положительное влияние на естественный прирост населения.

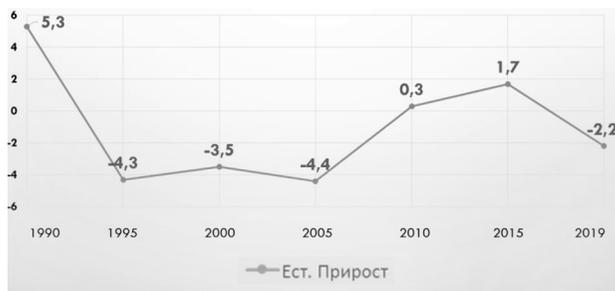


Рис. 8. Показатели естественного прироста населения УР за 1990–2019 годы.

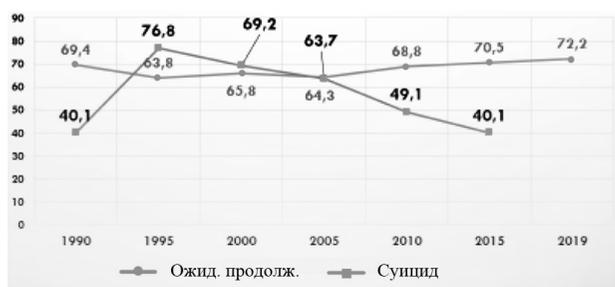


Рис. 9. Показатели ожидаемой продолжительности жизни и распространенность суицидов в УР (на 100 000 населения) за 1990–2019 годы.

Рождаемость – явление многофакторное. В настоящее время развитие общественного сознания и образа жизни людей по философской спирали имеет тенденцию направленности вниз, то есть не прогрессивную, а регрессивную. Общественное сознание формируется на основе либеральной идеи. Сладкий яд свободы «душит» в человеке благородное желание служить народу. Положительные черты русского характера – общительность, коллективизм, чувство долга – стираются. Ошибочно полагать, что общее благо складывается из индивидуальных благ. А общественная среда склонна считать приоритетным направлением в человеческом становлении служение себе, затем государству, а уж потом служение народу.

Реклама сладостей на экранах телевизоров вместо пропаганды здорового питания уже привела к росту сахарного диабета среди детей. Рекламируемые памперсы, как элемент «цивильной» жизни наших уважаемых женщин-матерей, на самом деле способствуют истощению будущего мужского генофонда. А мы растим будущих бесплодных мужчин. Научно доказано, что сперматогенез в яичках происходит при температуре ниже температуры тела, а увлажненные памперсы создают «парниковый» эффект в промежности ребенка. В настоящее время мы видим, как медицина стремительно развивает методы экстракорпорального оплодотворения. Среди страдающих бесплодием молодых пар одной из преобладающих причин является мужское бесплодие.

До сих пор продолжают поиски совершенствования методов медицинского обслуживания советского периода, к примеру, дифференцировать качество медицинской помощи в зависимости от заслуг пациента перед обществом – лечить в особых больницах. Но ничего хорошего и справедливого из этого не получается, потому что оказались эти уважаемые пациенты в положении «неперспективных» больных и помощь получают за счет остатков, а более приоритетными стали «платные» больные, которые прикреплялись к этим больницам сверх нормативных показателей. «Нет худа без добра», говорят в народе. Нынешняя пандемия коронавируса вынудила правительство обратить внимание на медицинских работников и их заработную плату; а людей – на состояние своего здоровья. Очень надеюсь, что врачи и учителя попадут в категорию высокооплачиваемых профессий.

Тогда давайте обратимся к медицине как к любой услуге, за которую положено платить. Созда-

ли бюджетно-страховое здравоохранение. Вроде бы и по образцу западного, так нет, опять мало кому нравится, потому что в цивилизованных странах Запада существует рынок и здоровая конкуренция, а у нас «бестарифный базар» и нездоровое стремление обогатиться. Под видом рынка в медицине начинает разворачиваться «демократический бурелом». Медицинские организации перешли в категорию режимных: без паспорта не подступиться, на прием к врачу записывают один раз в неделю, за малейшее опоздание пациенту будет отказано в приеме. Впрочем, слово «врач» в этом случае меньше всего соответствует действительности. Доктор мало что спрашивает, порой вообще не разговаривает, а только пишет. И, наконец, выписывает рецепт, а иногда – листок нетрудоспособности. И только тогда произносит слово, заменяющее разом и здравствуйте, и спасибо, и до свидания: «Следующий!».

Вся процедура занимает чуть больше десяти минут. И в каждую из этих шестисот секунд пациент ощущает недоброжелательство человека, которого побеспокоил своим появлением. Хорошо известно, что врачи, как и пациенты, бывают разные: и добрые, и злые, и умные, и глупые. Почему же в поликлинике нередко смотрят на пациента как на наглеца, осмелившегося потревожить бога «эскулапа». Да не потому ли, что оба оказались в неловком противоестественном положении. Один как бы просит об одолжении, а другой, скрепя сердце, вынужден это одолжение исполнить. А служба и зарплата – это как бы само собой. На Западе медицинский рынок тоже не сахар. В чем же причина плохого результата платной медицины? Именно в том, что она слишком механически переносит в область врачевания отнюдь не целительные законы рынка. А здоровье человека, как известно, очень специфический товар.

Еще в начале 90-х годов прошлого столетия ведущие социалгигиенисты Ю. Б. Лисицын, О. П. Щепин, В. З. Кучеренко, Д. Д. Венедиктов, всесторонне рассматривая экономические теории развития непродовольственной сферы, в том числе и взаимосвязи здравоохранения и экономики, пришли к выводу, что эта связь не всегда согласовывается с действующими экономическими принципами производственного сектора страны: товар – деньги – товар. Здесь мы лишены возможности формировать четкую систему централизованного планирования потребности населения в медицинской помощи и платежеспособном спросе медицинских услуг. Это свя-

зано с индивидуальными чертами биосоциальной сущности человека в его состоянии здоровья и болезни. Так, в поликлинике вам говорят: «Нужна операция, это 10 тысяч рублей». А может быть обойтись без хирургического вмешательства, но тогда 10 тысяч не достанутся врачу. А жить-то хочется! Вдруг со своими тысячами «ляжешь в гроб»?! Становится понятным, почему американцы не довольны своей платной медициной. До 12 тысяч американцев умирает после операций, проведенных не по показаниям. И такое «хищничество» процветает во всем мире, не исключением становится и наша страна, и Удмуртия на рынке платных услуг!

Если не устраивает ни платная, ни бесплатная медицина, так какую же создавать? Сообщество постепенно добивается оптимальной формы медицинского обслуживания населения, позволяющей минимизировать негативные черты как платной, так и бесплатной медицинской помощи, очевидно, организационные усилия направлены на дифференцированный подход к людям, не лишая их доступной и качественной медицинской помощи в соответствии с законом «Об основах охраны здоровья населения России № 323 от 2011 года».

В настоящее время население России можно подразделить на несколько градаций по уровню материального обеспечения как в развитых капиталистических странах: от слишком богатых до крайне бедных. Поэтому подход к организации медицинской помощи должен быть соответственно сложившимся градациям. Например в Дании ежегодно устанавливается уровень прожиточного семейного бюджета с учетом ассигнований на медицинскую помощь каждого члена семьи. Граждане, имеющие ежемесячный семейный бюджет выше установленного по стране уровня, лишаются всех государственных льгот на медицинское страхование. Граждане с семейным бюджетом ниже установленного уровня подлежат медицинскому страхованию за счет средств государства. Примером для подражания здравоохранению России может послужить национальная (государственная) система здравоохранения Англии (Великобритании), где считают, что непосредственной функцией государства является охрана здоровья своего народа, одновременно не запрещают развитие платной и страховой медицины. Применительно для российского здравоохранения на примере рыночных отношений должна сохраниться государственная система здравоохранения в основе

бесплатная, но со своими особенностями медицинской помощи многонациональному населению страны с различным уровнем социально-экономического развития общества.

Очевидно, она будет многоукладной системой медицинской помощи населению и в самых общих чертах будет выглядеть следующим образом: на первом плане – бесплатная или благотворительная медицина – для людей с низким доходом, граждан старше 80 лет и детей дошкольного возраста. На втором плане – медицинское страхование с участием государства – для людей с семейным бюджетом, достигающим установленного нормативного уровня в республике. Это большинство населения, получающее медицинскую помощь в объеме программы государственных гарантий. Но эти финансовые средства должны перечисляться из территориального фонда гражданам на «медицинский накопительный счет» (МНС) или сертификат. В таком случае можно ожидать, что повысится ответственность населения за свое здоровье хотя бы ради экономии средств на персональном медицинском счете, и у пациента появится возможность свободного выбора врача и медицинской организации. В настоящее время мало кого устраивает, как распоряжаются этими средствами российские и территориальные фонды, потерявшие доверие застрахованных, которые лишают пациента права выбора медицинской помощи. В развитых странах распорядителями кредитов выступают органы управления здравоохранением, то есть субъекты, ответственные за состояние медицинской помощи населению. Не отрицаю, что в период становления обязательного медицинского страхования в условиях экономического кризиса в стране территориальные страховые фонды сыграли положительную роль. Но в настоящее время

они не способствуют доступности качественной медицинской помощи населению.

На третьем плане – медицинское страхование без участия государственного бюджета для людей с материальным уровнем, превышающим установленную государством прожиточную «планку». Эта часть населения в настоящее время составляет уже не менее 10–15%. Им можно предложить врача общей практики или семейного врача – платный вариант нынешнего бесплатного участкового терапевта. За счет этих сохранившихся средств будет оплачиваться медицинская благотворительная помощь. Предлагаемая система организации медицинской помощи будет успешно функционировать при условии достойной зарплаты медицинских работников, как выраженные степени общественного признания их труда. При этом важна конкретная адресность каждой разновидности медицинской помощи. На оказание высокотехнологической помощи пациентам в сложных и исключительных случаях средства должны предусматриваться в бюджете на региональном уровне. Следует предусмотреть, чтобы бесплатность и благотворительность не превращались в иждивенчество; страховая медицина с участием государства – в контролерство, а платный вариант семейных врачей и врачей общей практики – в привилегию «нуворишей».

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 от 21.11.2011 г.
2. Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформы / В.К. Гасников с соавт. – Ижевск, 2019. – 75 с.
3. Савельев В.Н. История здравоохранения Удмуртии / В.Н. Савельев, Н.В. Малых. – Ижевск, 2012. – 188 с.
4. Савельев В.Н. Что есть человеческий фактор в медицине / В.Н. Савельев, В.В. Латушкина. – Ижевск, 2014. – 106 с.
5. Савельев В.Н. Диалоги врачебных поколений / В.Н. Савельев, Р.А. Савельева. – Ижевск, 2015. – 96 с.

УДК 616.89 (09):378.661 (470.51-25):94 (47)

Ю. В. Ковалев

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ПСИХОПАТОЛОГИЯ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ТРУДАХ ПРОФЕССОРА АЛЕКСАНДРА ЛЬВОВИЧА ЛЕЩИНСКОГО

Ковалев Юрий Владимирович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 526034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru

Заведующий кафедрой психиатрии Ижевского медицинского института, профессор Александр Львович Лещинский внес значительный вклад в изучение военной черепно-мозговой травмы. Он один из первых в нашей стране описал психические нарушения при контузиях и коммоциях с учетом психогенных изменений, проанализировал их клиническую динамику и терапию.

Ключевые слова: Александр Львович Лещинский; военная черепно-мозговая травма; психические нарушения; клиническая динамика; терапия

Yu. V. Kovalev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Psychiatry, Addiction Medicine and Medical Psychology

PSYCHOPATHOLOGY OF COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY IN THE WORKS OF PROFESSOR ALEXANDER LVOVICH LESHCHINSKY

Kovalev Yuri Vladimirovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; 526034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru

Head of the Department of Psychiatry of Izhevsk Medical Institute, Professor Alexander Lvovich Leshchinsky made a significant contribution to the study of combat traumatic brain injury. He was one of the first in our country to describe mental disorders in contusions and commotions, taking into account psychogenic changes, and analyzed their clinical dynamics and therapy.

Key words: Alexander Lvovich Leshchinsky; combat traumatic brain injury; mental disorders; clinical dynamics; therapy

Заслуженный деятель науки Удмуртии доктор медицинских наук, профессор Александр Львович Лещинский (1901–1981) – один из видных отечественных психиатров. Александр Львович был воспитанником старейшей в России Харьковской психоневрологической школы. Его исследования вызвали большой научный и практический интерес, а защищенная в 1940 г. докторская диссертация «Симуляция психических расстройств в судебной практике», изложенная на 614 страницах, до сих пор не имеет аналогов. В начале Отечественной войны А.Л. Лещинский много сил и внимания отдаёт делу восстановления здоровья воинов, руководя психиатрическим отделением специализированного госпиталя. С 1943 по 1966 г. А.Л. Лещинский являлся заведующим кафедрой психиатрии Ижевского медицинского института (ныне Академии).

В годы Великой Отечественной войны кафедра психиатрии активно занималась научно-исследовательской работой, соответственно в той или иной мере связанной с военной тематикой. Одно из первых мест в исследовании занимали травматические поражения головного мозга (коммоции и контузии), на почве которых возникали разнообразные психопатологические синдромы. Данная тема была изучена Александром Львовичем подробнейшим образом. Так, клинические наблюдения позволили выделить четыре группы больных с сурдомутизмом – одним из наиболее демонстративных признаков боевой черепно-мозговой травмы [2]. К первой группе отнесены больные, у которых выздоровление шло синхронно с исчезновением других коммоционных явлений. У этих больных сурдомутизм или отдельные его компоненты являлись лишь одним из проявлений в картине коммоции. Ко второй группе отнесены больные, у которых дефект обусловлен органическими нарушениями со стороны слухового аппарата. Здесь внача-

ле также наблюдалась связь между ослаблением общих коммоционных явлений и уменьшением сурдомутизма, но из-за органических изменений со стороны слухового аппарата полного восстановления слуха не происходило. В третьей группе были больные, у которых при наличии некоторых патологических изменений со стороны ушей имелась нестойкая истерическая фиксация сурдомутизма. К четвертой группе отнесены больные с большим количеством истерических стигм и относительно неглубокими коммоционными симптомами. На такой почве могла появиться стойкая истерическая фиксация глухоноты, возникающая по механизму «бегства в болезнь».

При коммоциях А.Л. Лещинский выделял несколько типов интеллектуальных нарушений и соотносил их с особенностями течения и прогнозом [3]: 1) временное интеллектуальное снижение на фоне общей коммоционной заторможенности, т.е. мнимое или кажущееся слабоумие (апатико-акинетико-абулический синдром), 2) стойкое интеллектуальное снижение при коммоции, т.е. травматическое слабоумие (псевдопаралитический синдром), 3) психогенно-органическое снижение интеллекта (сложное переплетение собственно органических и истерических проявлений), 4) органические интеллектуальные дефекты, спровоцированные коммоцией (утяжеление до степени необратимого слабоумия прежних компенсированных органических нарушений).

В качестве важного дополнительного признака поражения ЦНС при черепно-мозговой травме А.Л. Лещинский описывает т.н. симптом «кошмарных сновидений», подчеркивая, что постоянство этого расстройства может служить одним из звеньев в цепи доказательств преимущественной локализации поражений при коммоциях в стволовой части мозга [4]. За последнее, считал автор, говорит участие в формировании

симптома кошмарных сновидений вегетативных центров, вестибулярного аппарата и аффективной компоненты.

Затяжное течение коммоций наблюдается в трех случаях [1]. В первом случае коммоции и контузии играют главным образом провоцирующую роль, обостряя или освежая заглохшие или компенсированные заболевания головного мозга (сосудистые, посттравматические). Во втором случае речь идет либо о приобретенной травматической психопатизации личности, либо об обострении психопатических особенностей характера, свойственных данной личности и в дотравматический период. В третьем случае затяжной характер психопатологических явлений при коммоциях определяется психогенными, истерическими наслонениями.

И, наконец, были оценены резидуальные психические расстройства, изменения личности и характера после закрытой травмы мозга [5]. Отмечено, что преобладающими клиническими синдромами далеких последствий закрытой травмы мозга являются: а) церебрастения, б) энцефалопатия, в) травматическое слабоумие, г) травматическая эпилепсия, д) истерия и е) психопатическое развитие. Подчеркнуто, что резидуальные психические нарушения при закрытой травме мозга могут выявляться и обостряться под влиянием разных причин. Если при тяжелых повреждениях они определяются органической неполноценностью мозговых структур, то в большом числе случаев приобретенная травматическая слабость мозга приводит к декомпенсации лишь при воздействии других патогенных факторов. Устранение этих вреднос-

тей значительно улучшает состояние больного и его приспособление к среде.

Работы А. Л. Лещинского отличает четкая клинико-патогенетическая направленность, ясность и логичность изложения материала, большое количество иллюстраций. Следует отметить, что исследования травматических психических нарушений внесли ценный вклад в практическую деятельность врачей-психиатров Удмуртии. У врачей создан определенный подход к диагностической оценке ряда посттравматических психопатологических синдромов и выработке дифференциально-диагностических критериев, рациональной терапии, а также профилактики.

Список литературы:

1. **Лещинский А. Л.** Структура, терапия и экспертная оценка затяжных форм коммоций / А. Л. Лещинский // Труды Украинского психоневрологического института. – Том XII. – Тюмень, 1943. – С. 97–109.
2. **Лещинский А. Л.** Клиническая характеристика и лечение сурдомутизма при коммоциях и контузиях / А. Л. Лещинский, Н. И. Погибко // Труды Украинского психоневрологического института: сб. науч. ст. – Том XIII. – Тюмень, 1943. – С. 67–96.
3. **Лещинский А. Л.** Временные и стойкие нарушения интеллекта при коммоциях / А. Л. Лещинский // Труды Украинского психоневрологического института: сб. науч. ст. – Том XIII. – Тюмень, 1943. – С. 143–158.
4. **Лещинский А. Л.** Симптом кошмарных сновидений при коммоциях, контузиях и психогенных реакциях / А. Л. Лещинский, Н. И. Погибко // Труды Украинского психоневрологического института: сб. науч. ст. – Том XIII. – Тюмень, 1943. – С. 169–179.
5. **Лещинский А. Л.** Резидуальные психические расстройства, изменения личности и характера после закрытой травмы мозга / А. Л. Лещинский, М. А. Горшкова // Труды Ижевского медицинского института: сб. науч. статей. – Том VII. – Ижевск: Удмуртгосиздат, 1949. – С. 155–163.

УДК 616.89 (47+57) (045)«1941-1945»

Ю. В. Ковалев, В. Т. Лекомцев, Ю. Г. Каменщиков

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ УР» г. Ижевск

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ИЖЕВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 гг.)

Ковалев Юрий Владимирович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 526034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; Лекомцев Владислав Тимофеевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Каменщиков Юрий Георгиевич – главный врач кандидат медицинских наук

В годы Великой Отечественной войны сотрудники кафедры консультировали и работали в эвакуационных госпиталях. Научные исследования велись в четырех направлениях: во-первых, особое внимание привлекали варианты психогенной военной травмы; во-вторых, психические нарушения при боевых черепно-мозговых травмах; в-третьих, острые и затяжные раневые психозы; в-четвертых, осуществлялся непрерывный анализ всей психической заболеваемости военного времени.

Ключевые слова: Великая Отечественная война; кафедра психиатрии; научная работа

Yu. V. Kovalev, V. T. Lekomtsev, Yu. G. Kamenshchikov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Psychiatry, Addiction Medicine and Medical Psychology
Republic Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk

THE ACTIVITIES OF THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY OF IZHEVSK MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR (1941–1945)

Kovalev Yuri Vladimirovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the Department; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Lekomtsev Vladislav Timofeevich** – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the department; **Kamenshchikov Yuri Georgievich** – Candidate of Medical Sciences, head doctor

During the Great Patriotic War, all the staff of the department gave medical advice and worked in evacuation hospitals. Scientific work was carried out in four directions: first, special attention was drawn to the variants of wartime psychogenies; second, mental disorders in combat traumatic brain injuries; third, acute and prolonged wound psychoses; and fourth, a continuous analysis of the entire wartime mental morbidity was carried out.

Key words: Great Patriotic War; Department of Psychiatry; scientific work

Кафедра психиатрии Ижевского медицинского института была открыта 1 сентября 1937 г. Первым заведующим кафедрой психиатрии был доцент Степан Ильич Харченко. Ассистентами кафедры психиатрии в годы, предшествующие Великой Отечественной войне и во время войны, были А.Н. Мамаев, Н.Д. Бацман (1938–1940), Р.В. Черняков (1938–1942). В этот же период на кафедре проходили обучение клинические ординаторы Л.В. Никонова, Е.И. Дурново. В конце 1940 г. доцент С.И. Харченко перешел в психоневрологический диспансер, где работал в качестве заведующего до 1944 г.

С начала Великой Отечественной войны заведующим кафедрой психиатрии был назначен профессор Владимир Иосифович Аккерман (1890–1972). Он заведовал кафедрой с 1941 по 1943 г. Вместе с ним из оккупированного г. Минска приехала доцент Юдифь Хаймовна Сегаль (1904–1957) (с 1946 г. – заведующий патофизиологической лабораторией института психиатрии АМН СССР). Сотрудниками кафедры в этот период были доцент Дубинин (1941–1942), клинические ординаторы Вайсфельд (1942–1943) и М.А. Горшкова (Сидорик) (1942–1943). В сентябре 1943 г. заведующим кафедрой психиатрии был избран профессор Александр Львович Лещинский (1901–1981), представитель Харьковской психиатрической школы (в 1941–1943 гг. – руководитель психиатрического отделения Тюменского специализированного госпиталя). Он возглавлял кафедру психиатрии с 1943 по 1966 г.

В годы войны все сотрудники кафедры осуществляли интенсивную практическую деятельность, консультировали в военных госпиталях ижевского куста и по военно-психиатрической экспертизе в республике. Ижевский психиатри-

ческий стационар, находившийся в структуре инфекционной больницы, в 1943 г. был выделен в самостоятельную психиатрическую больницу со своим штатом, бюджетом и хозяйством. Удалось осуществить капитальный ремонт помещения с его реконструкцией и созданием своей клинической лаборатории. Первым главным врачом, работавшим в больнице по совместительству, была доцент Ю.Х. Сегаль (1943–1946). В эти годы коечная база была расширена за счет открытия госпитального психиатрического отделения на 25 мест в эвакуационном госпитале № 3151 для страдающих нервно-психическими заболеваниями. Заведовала отделением Маргарита Анатольевна Горшкова (Сидорик) (1918–1986), ставшая впоследствии ассистентом кафедры.

Все военные годы в Ижевском психоневрологическом диспансере, которым руководила Антонина Митрофановна Зайцева, велась многообразная напряженная работа. Проводилась широкая консультативная помощь в военных госпиталях, которую осуществляли как работники психоневрологического диспансера (врачи А.М. Зайцева, Е.С. Богомолова, Т.А. Берестова), так и сотрудники кафедры психиатрии (проф. А.Л. Лещинский, доцент Ю.Х. Сегаль, ассистент М.А. Сидорик). Врачи диспансера вместе с военной комиссией выезжали в госпитали, расположенные в республике – Шарканском и Бемыжском районах, городах Можге, Воткинске, Сарапуле, Глазове и др. Там они проводили осмотры, давали экспертные и диагностические заключения и лечебные рекомендации. В городском психоневрологическом диспансере велись консультативные приемы контингентов воинских частей, расположенных в г. Ижевске, а также осмотры призывников. Проводилось лечение больных, от-

пускались все необходимые процедуры. Нагрузка врачей достигала 50–60 пациентов в день. Работа коллектива психоневрологического диспансера высоко оценивалась горздравотделом, персонал получал поощрения.

Кафедра психиатрии в те годы, кроме повседневной деятельности, занималась научно-исследовательской работой. В 1944 г. С. И. Харченко была защищена докторская диссертация – «Экспериментальные исследования структуры эпилептических припадков». В дальнейшем сотрудники кафедры психиатрии разрабатывали материалы, касающиеся психических расстройств военного времени. Патогенетические особенности развития таких заболеваний, характер клинической картины и исходов, практические рекомендации по профилактике и терапии нашли отражение в ряде публикаций.

Вся научно-исследовательская работа была в то время связана с военной тематикой. Сотрудники консультировали и работали в эвакогоспиталях, где активно помогали пациентам с разнообразными психопатологическими расстройствами. Особое внимание привлекали варианты психогений военного времени. Профессор В. И. Аккерман изучил их в плане отграничения от других форм нервно-психических расстройств. Глубокий анализ реактивных состояний военного времени (истерических, параноидных) дал профессор А. Л. Лещинский. Изучались особенности резидуальных психических расстройств, изменений личности и характера после закрытых травм черепа (А. Л. Лещинский, М. А. Горшкова). А. Л. Лещинский с учениками опубликовал данные о временных и стойких нарушениях интеллекта при коммоциях. Ассистент Ю. Х. Сегаль занималась изучением клиники нередко возникающих и своеобразно протекающих посттравматических ипохондрических состояний. В подробной работе В. И. Аккермана и Ю. Х. Сегаль приводились клинические данные и патогенетический анализ возникновения раневых психозов, где отмечалась зависимость между картиной психозов и характером течения раневого процесса. Острые раневые психозы рассматривались как выраженные реакции мозга при общей достаточной или даже повышенной реактивности организма, что сказывалось на возникновении наиболее обратимых, доброкачественно протекающих синдромов помрачения сознания. Затяжные раневые психозы

патогенетически связывались с вялым течением раневого процесса и сопутствующими осложнениями. Кроме теоретических положений, работа имела практическое значение, стимулируя хирургическое вмешательство, дополнительным показанием к которому нередко является возникновение у раненого психических нарушений. В фундаментальной клинико-статистической работе А. Л. Лещинского приводился всесторонний анализ психической заболеваемости за три года войны, по данным Ижевской психиатрической клиники. Сопоставлялись сведения о заболеваемости психическими болезнями за 1938–1940 гг. и 1942–1944 гг. по количеству больных, полу, возрасту, давности заболевания в рамках различных нозологических форм. Автором указывалось, что существенных изменений в структуре психической заболеваемости населения Удмуртии – района глубокого тыла войны – не отмечалось. Следует отметить, что исследования травматических психических нарушений внесли ценный вклад в практическую и исследовательскую деятельность врачей-психиатров Удмуртии, предопределив направление научных интересов кафедры в ближайшие послевоенные годы (А. Л. Лещинский, М. А. Сидорик, А. А. Яновская и др.).

Таким образом, небольшой коллектив врачей-психиатров Удмуртии и сотрудников кафедры психиатрии Ижевского медицинского института в годы Великой Отечественной войны отдавали все силы улучшению психиатрической помощи воинам и гражданскому населению. При этом большая практическая работа успешно сочеталась с научно-исследовательской деятельностью, направленной на изучение актуальных вопросов психической заболеваемости военного времени. В этот период были заложены не только истоки научного клинического мышления, но и высокие деонтологические принципы служения больным, характеризующие врачей-психиатров Удмуртии наших дней.

Как дань памяти нашим учителям, всем сотрудникам кафедры психиатрии Ижевского медицинского института, трудившимся в годы Великой Отечественной войны, лучшие их научные работы были переизданы в специальных сборниках, посвященных юбилею Великой Победы. Особо отметим мастерство клинических описаний, высокую научную и практическую ценность указанных публикаций.

Список литературы:

1. К 80-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии / Ю.В. Ковалев, В.В. Васильев, И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев, С.Г. Пакриев // Труды Ижевской государственной медицинской академии: сборник научных статей. – Ижевск, 2017. – Т.55. – С.160-161.

2. К истории кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ижевской государственной медицинской академии / Ю.В. Ковалев, В.В. Васильев, И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев, С.Г. Пакриев // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Развитие идей В. М. Бехтерева в современной медицине, психологии и педагогике». 6–7 декабря 2017, г. Глазов. – С. 192–195.

3. **Ковалев Ю.В.** Психические расстройства военного времени в трудах сотрудников кафедры психиатрии Ижев-

ского медицинского института (1941-1945) / Ю.В. Ковалев // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 484–485.

4. **Ковалев Ю.В.** Очерки о Российских психиатрах: учебное пособие / Ю.В. Ковалев. – Ижевск, 2017. – 48 с.

5. **Ковалев Ю.В.** Кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии 80 лет / Ю.В. Ковалев, Н.С. Стрелков, Ю.Г. Каменщиков // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии: материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию психиатрической службы Удмуртии и 80-летию кафедры психиатрии Ижевской государственной медицинской академии. 17 октября 2017 года, г. Ижевск. – Ижевск, 2017. – С. 3–5.

УДК 159.942:387.048.2

Е. Н. Леонова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра педагогики, психологии и психосоматической медицины

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ОЦЕНИВАНИЯ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ КЛИНИЧЕСКИМИ ОРДИНАТОРАМИ

Леонова Екатерина Николаевна – преподаватель кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-87, e-mail: leonova@psyman.pro

В статье представлены результаты эмпирического исследования когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций клиническими ординаторами на этапе профессиональной адаптации. Выделены основные типы трудных жизненных ситуаций и частота их встречаемости. Проанализированы общие и частные признаки категоризации трудных жизненных ситуаций.

Ключевые слова: когнитивное оценивание; трудная жизненная ситуация; ординаторы

E. N. Leonova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pedagogy, Psychology and Psychosomatic Medicine

PECULIARITIES OF COGNITIVE APPRAISAL OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS BY CLINICAL RESIDENTS

Leonova Ekaterina Nikolayevna – lecturer; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412) 91-82-87, e-mail: leonova@psyman.pro

The paper presents the results of an empirical study of the cognitive appraisal of difficult life situations by clinical residents at the stage of professional adaptation. The main types of difficult life situations and the frequency of their occurrence are identified. General and particular categorization attributes of difficult life situations are analyzed.

Key words: cognitive appraisal; difficult life situation; clinical residents

Социально-экономические преобразования в нашей стране затронули все сферы общества, в том числе и сферу высшего образования. Подготовка специалистов с высоким уровнем профессиональной компетентности и разносторонним личностным развитием является одной из центральных задач современного высшего медицинского образования. В ходе профессиональной подготовки в вузе формируются личностные и профессиональные компетенции будущего врача.

Профессионализация врача – целостный и непрерывный процесс развития личности специалиста и профессионала, начинающийся с момента выбора врачебной профессии и заканчивающийся с прекращением профессиональной деятельности.

Одним из этапов профессионализации является освоение профессии в учебном заведении. Однако врач становится независимым в своём деле значительно позже, чем специалисты других профессий. Ординатура является формой обучения, при которой обучающийся получает возможность развивать свои профессиональные навыки, расширять свои познания в сфере медицинских технологий. Для ординатора начинается этап профессиональной адаптации, главной задачей которого является его приобщение к условиям профессиональной деятельности, достижение необходимого уровня соответствия профессиональной деятельности нормативным требованиям. Обучение в ординатуре позволяет медицинскому работнику восполнить недостаю-

щие знания и подготовиться к самостоятельной работе с пациентами под руководством опытного врача.

Многие отечественные исследователи (Ю. П. Поваренков, Л. Н. Корнеева, Е. М. Борисова, А. К. Маркова, Е. А. Климов, В. А. Бодров, Э. Ф. Зеер и др.) указывают на то, что профессиональное становление личности тесно связано с жизненным путем человека. Период обучения в ординатуре в большинстве случаев совпадает с периодом молодости, периодом взросления, который сопровождается поисками самого себя и своего места в социуме. Молодость, по В. И. Слободчикову, становится особой ступенью в развитии субъектности человека – ступенью индивидуализации [7].

Любая профессиональная деятельность сопровождается трудными ситуациями. Некоторые из них вполне преодолимы и являются нормативной частью профессии, другие же провоцируют стресс. Согласно когнитивной модели психологического стресса Р. Лазаруса, «стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться» [6].

В настоящее время в психологической науке усиливается интерес к изучению поведения личности в трудных жизненных ситуациях (далее – ТЖС). Так, Л. А. Александрова понимает под ТЖС «широкий спектр ситуаций и событий, предъявляющих повышенные требования к личности и ее адаптационным ресурсам, провоцирующих развитие стресса, выходящих за рамки ординарно-повседневных» [1]. Восприятие ситуации субъектом, интерпретация и отношение к ней определяется в психологии как «когнитивное оценивание» (*cognitive appraisal*). При этом подчеркивается, что именно субъективная оценка ситуации (а не объективная) определяет выбор стратегий совладающего поведения. Л. В. Битюцкая рассматривает когнитивное оценивание как «процесс, участвующий в формировании и функционировании субъективного образа ситуации в индивидуальном сознании» [4]. ТЖС как категорию характеризуют два типа признаков: общие и частные. К первому типу относятся общие для всех таких ситуаций параметры: значимость, беспокойство, повышенные затраты собственных ресурсов. Частные признаки варьируют в зависимости от типа и содержания

ситуации. К ним относятся неподконтрольность, неопределенность ситуации, необходимость быстрого реагирования на ее условия, затруднения в прогнозировании, трудности принятия решения, оценка собственных знаний и опыта как недостаточных. Актуализация тех или иных критериев когнитивного оценивания ТЖС существенно зависит от содержания ситуации [3].

Профессиональная деятельность врача насыщена трудными ситуациями определенной продолжительности и стрессовыми воздействиями разной силы. Уже на стадии освоения профессиональная деятельность может деформировать личность. Любая трудная ситуация приводит к нарушению деятельности, отношений, порождает отрицательные эмоции и переживания, вызывает дискомфорт, что при определенных условиях может иметь неблагоприятные последствия для развития личности [2].

Воздействие на человека профессиональных стрессов различной природы и интенсивности приводит к снижению интереса и трудовой мотивации, ухудшению самочувствия и удовлетворенности работой, повышению раздражительности и конфликтности, а также увеличивает риск развития стойких симптомов стрессовых состояний и личных деструкций.

Цель исследования: выявление особенностей когнитивного оценивания ТЖС клиническими ординаторами в зависимости от ее содержания.

Материалы и методы исследования. Использована «Методика диагностики когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций» Е. В. Битюцкой [5]. В исследовании приняли участие 107 клинических ординаторов (75 женщин и 32 мужчины) в возрасте от 24 до 40 лет (средний возраст 26 лет), обучающихся на 2 курсе ординатуры в Ижевской государственной медицинской академии. У 87% ординаторов был опыт работы по медицинской специальности.

Методы анализа данных: критерий Краскела-Уоллиса, описательная статистика – вычисление среднего значения. В данной методике трудность ситуации по какому-либо признаку – это средний балл по шкале, равный или выше 4-х. Если критериев со средним баллом более 4-х несколько, то эта характеристика сложности ситуации.

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе исследования были проанализированы ТЖС, которые ординаторы восприни-

мают как трудные и актуальные для них на момент проведения исследования.

На основании содержания указанных трудностей все ТЖС были объединены в группы – типы ТЖС: 1) рынок труда; 2) личные трудности; 3) обучение в ординатуре; 4) профессиональная некомпетентность; 5) работа с пациентами; 6) выполнение профессиональных обязанностей; 7) взаимоотношение на работе; 8) образ врача.

На следующем этапе исследования оценивалась частота встречаемости типов ТЖС у ординаторов (табл. 1).

Наиболее часто встречаемая ТЖС у клинических ординаторов – ситуация с трудоустройством.

На следующем этапе анализировались общие и частные критерии когнитивного оценивания разных типов ТЖС (табл. 2).

Таблица 1. Частота встречаемости ТЖС у ординаторов

Типы ТЖС		Частота	Проценты
1	Рынок труда	32	29,9
2	Личные трудности	17	15,9
3	Обучение в ординатуре	17	15,9
4	Профессиональная некомпетентность	13	12,1
5	Работа с пациентами	12	11,2
6	Выполнение профессиональных обязанностей	7	6,5
7	Взаимоотношения на работе	6	5,6
8	Образ врача	3	2,8

Таблица 2. Средние значения критериев оценивания ТЖС

Типы ТЖС	ОП	Нк	Нп	Нр	ЗПР	ТП	СЭ	ПБ
1 Рынок труда	4,5	2,2	2,4	3,6	3,5	2,0	3,2	4,6
2 Личные трудности	4,7	2,2	3,1	3,5	3,9	2,2	3,3	4,7
3 Обучение в ординатуре	4,8	2,2	2,8	4,4	3,6	1,7	3,9	4,9
4 Профессиональная некомпетентность	4,8	2,1	2,7	4,1	3,8	3,0	3,9	4,2
5 Работа с пациентами	3,8	2,5	3,0	4,4	3,6	3,6	4,0	3,8
6 Выполнение профессиональных обязанностей	4,8	2,1	3,2	4,5	3,4	2,8	4,5	4,5
7 Взаимоотношения на работе	4,7	3,2	3,4	4,1	4,0	3,7	4,8	4,7
8 Образ врача	4,0	3,3	2,3	4,5	3,2	2,2	3,7	4,7

Условные обозначения: ОП – общие признаки ТЖС; Нк – неподконтрольность ситуации; Нп – непонятность ситуации; Нр – необходимость быстрого, активного реагирования; ЗПР – затруднения в принятии решения; ТП – трудности прогнозирования; СЭ – сильные эмоции; ПБ – перспектива будущего.

По шкале *общие признаки ТЖС* выделенные типы ТЖС (кроме характерных для работы с пациентами) действительно являются трудными в оценке респондентов. Эти ситуации вызывают беспокойство, требуют высоких затрат ресурсов и сверхусилий, что позволяет действительно рассматривать их в качестве трудных в период обучения в ординатуре.

Причиной каждого типа ТЖС могут быть разные аспекты деятельности в период обучения в ординатуре, что отражается в особенностях когнитивной оценки данной ситуации.

Так, тип ТЖС «*Взаимоотношения на работе*» имеет наибольшее количество значений равных или выше 4-х по таким исследуемым частным признакам как: необходимость быстрого, активного реагирования; затруднения в принятии решения; сильные эмоции и перспектива будущего. Данный тип ТЖС характеризуется наибольшей сложностью у ординаторов. В таких ситуациях ординаторы испытывают сильные отрицательные эмоции, напряжение и затрудняются с выбором решения и нахождения правильного варианта выхода из ситуации. Трудности в установлении отношений с наставниками оцениваются ординаторами как несущие угрозу их благополучию в будущем, а неумение ординаторов незамедлительно реагировать на возникающие трудности в отношениях с другими людьми способствует возникновению внутреннего конфликта.

Тип ТЖС «*Выполнение профессиональных обязанностей*» у ординаторов также можно отнести к сложным ситуациям (три частных признака имеют значения выше 4-х). По результатам исследования, в число наиболее важных критериев данного типа ТЖС входят следующие: необходимость быстрого, активного реагирования, сильные эмоции, перспектива будущего. Трудности в выполнении профессиональных обязанностей оцениваются ординаторами как ситуации, которые требуют незамедлительного принятия решений, а реакции на условия возникновения таких ситуаций вызывают сильные негативные эмоции. Переживания ординаторов по поводу несформированных умений и навыков профессиональной деятельности еще сильнее усугубляют сосредоточенность внимания на последствиях этих событий.

Тип ТЖС, обозначенный нами как «*Рынок труда*», не относится к наиболее сложным си-

туациям для ординаторов, хотя имеет наибольшую частоту встречаемости у респондентов. Трудность этого типа ситуаций в большей степени связана с их влиянием на жизнь в будущем, с угрозой благополучию близких и оценкой внутренних ресурсов как недостаточных для их преодоления.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что актуализация тех или иных критериев когнитивного оценивания ТЖС существенно зависит от содержания ситуации.

На следующем этапе для определения различий в выраженности критериев когнитивного оценивания выделенных типов ТЖС использовался критерий Краскела-Уоллиса. Для значений трудности прогнозирования ситуации и сильные эмоции тест оказался статистически значимым. Так, для переменной трудности прогнозирования ситуации $\chi^2(7, N=107) = 26,124, p < 0,001$, а для переменной сильные эмоции $\chi^2(7, N=107) = 19,279, p < 0,01$. Однако факт категоризации ТЖС по признаку трудности прогнозирования ситуации не входит в число доминирующих критериев оценки сложности ситуаций для респондентов. Полученные статистически достоверные различия между типами ТЖС по признаку сильные эмоции свидетельствуют о том, что аффективные состояния, сопровождающиеся потерей самоконтроля, способности рационально действовать не являются общей характеристикой для всех типов ТЖС.

Вывод. Многие жизненные события ординаторов на этапе профессиональной адаптации определяются ими как трудные. Однако трудность жизненных ситуаций оценивается по-разному. Процесс категоризации ситуации как трудной

имеет свою специфику. Общие признаки характеризуют ТЖС как категорию, частные признаки варьируют в зависимости от типа ситуации. В исследовании выявлены общие тенденции оценивания ситуаций в рамках одного содержательного типа ТЖС. Выраженность признаков когнитивного оценивания ТЖС как субъективной картины ситуации свидетельствует о ее сложности для респондента. Анализируя составляющие образа ТЖС, можно объективно выделить спектр проблем приобщения ординаторов к условиям профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. **Александрова Л. А.** Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: автореф. дис ... канд. психол. наук / Л. А. Александрова. – М., 2004. – 24 с.
2. **Анцыферова Л. И.** Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 3–18.
3. **Битюцкая Е. В.** Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания / Е. В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 4. – С. 87–93.
4. **Битюцкая Е. В.** Когнитивное оценивание трудной жизненной ситуации с позиций деятельностного подхода А. Н. Леонтьева / Е. В. Битюцкая // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2013. – № 2. – С. 40–56.
5. **Битюцкая Е. В.** Методика диагностики когнитивного оценивания трудных жизненных ситуаций / Е. В. Битюцкая // Психология стресса и совладающего поведения: материалы III Междунар. науч.-практ. конф.: в 2 т. / отв. ред. Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. – Т. 2. – С. 276–278.
6. **Водопьянова Н. Е.** Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
7. **Слободчиков В. И.** Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. – М.: Изд-во ПСТГУ, 2013. – 395 с.

УДК 616-036.86-053.2(470.51)

Е. Д. Мухаметгалеева, Т. М. Муравцева, И. И. Успенская, Н. С. Стрелков, С. А. Пушина

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Минтруда России, г. Ижевск

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Мухаметгалеева Екатерина Дмитриевна – руководитель, главный эксперт по МСЭ кандидат медицинских наук; 426057, г. Ижевск, ул. Свердлова, 22, тел.: 65-65-12, e-mail: info@mseur.ru; **Муравцева Татьяна Михайловна** – заместитель руководителя кандидат медицинских наук; **Успенская Ирина Ивановна** – руководитель бюро филиала № 5; **Стрелков Николай Сергеевич** – врач по МСЭ доктор медицинских наук, профессор; **Пушина Светлана Александровна** – врач-реабилитолог кандидат медицинских наук

В статье дана характеристика инвалидности среди детского населения Удмуртской Республики, представлена структура инвалидности, её уровень.

Ключевые слова: инвалидность; дети; психические расстройства и расстройства поведения; врожденные аномалии (пороки развития); болезни нервной системы

E.D. Mukhametgaleeva, T.M. Muravtseva, I.I. Uspenskaya, N.S. Strelkov, S.A. Pushina

Central Bureau of Medical and Social Examination in the Udmurt Republic, Izhevsk

PRIMARY DISABILITY IN CHILDREN OF THE UDMURT REPUBLIC

Mukhametgaleeva Ekaterina Dmitrievna – Candidate of Medical Sciences, head, chief expert on medical and social examination; 426057, Izhevsk, ul. Sverdlova, 22, tel.: 65-65-12, e-mail: info@mseur.ru; **Mikhailovna Muravtseva Tatyana** – Candidate of Medical Sciences, deputy head; **Uspenskaya Irina Ivanovna** – head of the bureau branch No. 5; **Strelkov Nikolay Sergeevich** – Doctor of Medical Sciences, professor, medical and social examination physician; **Pushina Svetlana Alexandrovna** – Candidate of Medical Sciences, rehabilitation physician

The article describes disability among the children of the Udmurt Republic, presents the structure of disability and its level.

Key words: disability; children; mental disorders and behavioral disorders; congenital abnormalities (malformations); diseases of the nervous system

Детская инвалидность является важнейшей медико-социальной и экономической проблемой, поскольку влечет за собой большие экономические потери для государства, так как уменьшает экономический потенциал развития, отрицательно сказывается на производстве, снижает стратегическую безопасность нации [1,2,5]. Вместе с тем проблема инвалидности детей, особенно в региональном аспекте, остаётся малоизученной [2,3,6].

Цель исследования: изучить показатели первичной инвалидности детского населения Удмуртской Республики за последние 5 лет.

Материалы и методы исследования. Единичей наблюдения являлось лицо в возрасте до 18 лет, признанное инвалидом. Объектом исследования – первичная инвалидность детского населения Удмуртской Республики. При проведении исследования анализировали материалы официальной статистической отчетности, данные о впервые признанных инвалидами граждан до 18 лет по форме статистического наблюдения № 7 Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет» за 2016–2020 гг., использовали данные Пенсионного фонда Российской Федерации по Удмуртской Республике. Изучение причин впервые признанных инвалидами (ВПИ) лиц до 18 лет проводили по классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по Удмуртской Республике по состоянию на 01.01.2020 численность детей-инвалидов – 5962 чел. (2016 г. – 5639 чел., 2017 г. – 5845 чел., 2018 г. – 6264 чел., 2019 г. – 5993 чел.). Дети-инвалиды составляют 1,4% от общего количества детского населения Удмуртской Республики.

В 2020 году освидетельствовано 2177 граждан в возрасте до 18 лет (в 2016 г. – 2487, в 2017 г. –

2592, в 2018 г. – 2950, в 2019 г. – 2579), из них впервые 735 человек (в 2016 г. – 695, в 2017 г. – 710, в 2018 г. – 768, в 2019 г. – 758). В 2020 г. установлена категория «ребенок-инвалид» у 698 (94,9%) из 735 (в 2016 г. – у 651 из 695 (93,6%), в 2017 г. – у 673 из 710 (94,7%), в 2018 г. – у 671 (87,4%) из 768, в 2019 г. – у 659 (87,1%) из 757 освидетельствованных. Увеличение числа впервые признанных инвалидами в 2020 г. связываем с изменениями в нормативно-правовом регулировании.

Первичная инвалидность детского населения в Удмуртской Республике в 2020 г. составила 20,5 на 10 тыс. населения (в 2016 г. по УР – 19,4, по ПФО – 21,1, по РФ – 25,2, в 2017 г. по УР – 18,9, по ПФО – 21,8, по РФ – 25,7, в 2018 г. по УР – 19,6; по ПФО – 21,6; по РФ – 24,7, в 2019 г. по УР – 19,3, ПФО – 22,3, по РФ – 25,3). Уровень первичной инвалидности по УР стабильный и ниже по сравнению с аналогичным показателем по ПФО и РФ. По первичной инвалидности среди регионов Приволжского федерального округа Удмуртская Республика в 2020 г. занимает 6-е место из 14 (в 2016 г. – 10-е, в 2017 г. – 11-е, в 2018 г. – 9-е, в 2019 г. – 13-е место).

За весь анализируемый период первичная инвалидность в городских поселениях (в 2016 г. – 18,6 на 10 тыс. населения, в 2017 г. – 18,4, в 2018 г. – 19,4, в 2019 г. – 20,2, в 2020 г. – 21,2) существенно не отличалась от таковой в сельских поселениях (в 2016 г. – 20,9, в 2017 г. – 19,8, в 2018 г. – 20,4, в 2019 г. – 17,6, в 2020 г. – 19,1). Высокий уровень первичной инвалидности констатировали в Камбарском, Сьюсинском, Алнашском районах и городах Ижевске, Камбарке и Глазове. Как в сельских районах, так и в городах Удмуртской Республики первичная инвалидность была обусловлена преимущественно психическими расстройствами, врожденными аномалиями, болезнями нервной и эндокринной систем.

Наиболее низкое число граждан до 18 лет с первичной инвалидностью проживало в Юкаменском,

Ярском, Дебесском, Воткинском районах и городах Воткинске и Можге. Необходимо отметить, что ежегодно картина распределения инвалидности по районам изменялась, однако устойчивых показателей «лидеров» не прослеживается.

В сельских поселениях отмечаем преобладание первичной детской инвалидности по таким классам болезней, как психические расстройства, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы. Не имеет существенных различий по городским и сельским поселениям первичная инвалидность у детей по таким классам болезней, как дорсопатии, врожденные аномалии ЦНС, врожденные аномалии сердца, травмы и отравления.

В структуре впервые признанных инвалидами граждан в возрасте до 18 лет по классам болезней на первом месте были психические расстройства и расстройства поведения. На второе место в 2020 г. переместились врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, на третьем месте регистрировали болезни нервной системы. Следует отметить, что структура первичной инвалидности по классам болезней у граждан до 18 лет в Удмуртской Республике соответствует таковой в РФ.

Снижение первичной инвалидности в Удмуртской Республике за анализируемый период произошло преимущественно по трем классам болезней: болезни глаза и придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни системы кровообращения.

Наибольшее увеличение показателей впервые признанных детей-инвалидов регистрировали по трем классам болезней: травмы, отравления и некоторые воздействия внешних причин, психические расстройства и расстройства поведения, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. По другим классам болезней показатели первичной инвалидности существенно не изменились.

В структуре первичной инвалидности детей с выраженными нарушениями функций организма за анализируемый период преобладал класс болезней психические расстройства и расстройства поведения. Значительно выраженные нарушения функций организма за анализируемый период были характерны для класса злокачественные новообразования.

По возрастному признаку в структуре впервые признанных инвалидами в 2020 г. 32,2% со-

ставляли дети в возрасте от 0 до 3 лет, из них 52,4% мальчиков и 47,6% девочек. Ведущие классы болезней в данной возрастной группе: врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения – 40,4%, болезни нервной системы – 26,2%, новообразования – 6,2%.

Возрастная группа от 4 до 7 лет в структуре впервые признанных инвалидами составляла 28,4%, из них 67,1% мальчиков, 32,9% девочек. Ведущие классы болезней в данной возрастной группе: психические расстройства и расстройства поведения – 49,%, болезни нервной системы – 10,6%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 9,1%.

Возрастная группа от 8 до 14 лет составляла 28,1% в структуре впервые признанных инвалидами, из них 52% мальчиков, 48% девочек. Ведущие классы болезней в данной возрастной группе: психические расстройства и расстройства поведения – 28,1%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 16,8%, болезни костно-мышечной системы – 13,7%.

Возрастная группа 15 лет и старше в структуре впервые признанных инвалидами составляла 11,3%, из них 65,8% мальчиков и 34,2% девочек. Ведущие классы болезней в данной возрастной группе: психические расстройства и расстройства поведения – 29,1%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 12,7%, новообразования – 10,1%. Сопоставимые возрастные показатели отмечали за весь анализируемый период.

Выводы: 1. В Удмуртской Республике в 2020 г. отмечается рост первичной инвалидности детей до 20,5 на 10 тыс. детского населения. По этому показателю регион занимает 6-е место из 14 по Приволжскому федеральному округу.

2. В структуре впервые признанных инвалидами граждан в возрасте до 18 лет по классам болезней на первом месте были психические расстройства и расстройства поведения – 27,2%, на втором месте – врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 16,9%, на третьем месте – болезни нервной системы – 14,9%.

3. В структуре первичной инвалидности детей с выраженными нарушениями функций организма преобладал класс психические расстройства и расстройства поведения. Значитель-

но выраженные нарушения функций организма были характерны для класса злокачественные новообразования.

4. По возрастному признаку в структуре впервые признанных инвалидами 32,2% составляют дети в возрасте от 0 до 3 лет. По половому признаку во всех возрастных группах преобладали мальчики.

Список литературы:

1. **Гончаренко А. Г.** Первичная инвалидность детей в крупном аграрно-промышленном регионе: распространенность, структура, основные тенденции динамики / А. Г. Гончаренко // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 69–71.
2. Динамика и структура первичной инвалидности среди детей, проживающих в городской и сельской местности Российской Федерации в 2002–2015 гг. / Е. П. Каторина, Г. А. Александрова, А. В. Поликарпов [и др.] // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 06.03.2017 г.
3. **Козлов С. И.** Комплексный анализ инвалидности детского населения в Российской Федерации за период 2004–2008 гг.: информационное письмо / С. И. Козлов. – М., 2008. – 28 с.
4. **Козлов С. И.** Инвалидность детского населения в Российской Федерации и совершенствование системы комплексной реабилитации детей-инвалидов: дисс. канд. мед. наук / С. И. Козлов. – М., 2010. – 217 с.
5. **Козлов С. И.** Анализ инвалидности у детей по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы Российской Федерации в 2004–2008 гг. / С. И. Козлов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2009. – № 4. – С. 10–13.
6. **Науменко Л. Л.** Особенности медико-социальной экспертизы детей раннего возраста – критерии и условия установления категории «ребёнок-инвалид» детям первых 3 лет жизни / Л. Л. Науменко // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 4. – С. 63–79.

ЭКОЛОГИЯ

УДК 616-006:613.632:631.9:661.16

М. К. Иванова

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

СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЙ ТЕХНОГЕНЕЗ КАК ПРИЧИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Иванова Марина Константиновна – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: hygiene@igma.udm.ru

В статье дана оценка онкологической заболеваемости населения районов Удмуртской Республики, относящихся к техногенезу сельскохозяйственного типа.

Ключевые слова: техногенез; злокачественные новообразования

М.К. Ivanova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Hygiene

AGRICULTURAL TECHNOGENESIS AS A CAUSE OF MALIGNANT NEOPLASMS

Marina Konstantinovna Ivanova – Doctor of Medical Sciences, professor of the department; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412) 65-82-68, e-mail: hygiene@igma.udm.ru

The article presents the assessment of oncological morbidity in the population of the Udmurt Republic regions related to agricultural type of technogenesis.

Key words: technogenesis; malignant neoplasms

Проблема первичной профилактики злокачественных новообразований (ЗН) в условиях существующих техногенных нагрузок является одной из важнейших, требующей решения. Первичная профилактика ЗН направлена на выявление и устранение либо на возможное снижение влияния неблагоприятных факторов окружающей среды и, прежде всего, это устранение или минимизация контакта с канцерогенноопасными веществами. Минимизировать воздействие канцерогенов непросто, в особенности, если территория проживания является техногенной зоной (территорией техногенеза) и представляет собой сочетание факторов профессионального риска (непосредственно канцерогенные вещества или производственные процессы) и факторов окружающей среды. Известно, что на долю «профессиональных канцерогенов» приходится до 4% причин, формирующих онкологическую заболе-

ваемость среди населения, на долю загрязнения окружающей среды – до 2% [2, 4, 5].

Определена классификация типов возможного техногенного загрязнения (типов техногенеза), отличающихся друг от друга по источникам возникновения, спектрам выбросов в окружающую среду и характеру преобразования ландшафтов: агродохимизационный (сельскохозяйственный), радиационный, нефтегазовый, каменноугольный, черно- и цветнометаллургический, целлюлозно-деревоперерабатывающий, транспортный, мегаполисный, гидроэнергетический, военный. Научными исследованиями доказаны прогрессирующие процессы техногенного загрязнения агроэкосистем и агроландшафтов тяжелыми металлами, химическими, органическими токсикантами [3].

Обоснованная типология техногенных воздействий формирует научно-методическую базу

для целенаправленных региональных и отраслевых программ первичных профилактических гигиенических мероприятий, обеспечивающих преодоление негативных последствий каждого конкретного типа техногенеза, совершенствования законодательной, организационной и финансовой основ.

Цель исследования: оценка онкологической заболеваемости населения районов Удмуртии, относящихся к сельскохозяйственному типу техногенеза.

Материалы и методы исследования. Используются данные официальной формы государственной статистической отчетности: «Сведения о больных злокачественными новообразованиями. Форма № 35». Период наблюдения – 2014–2018 гг.

Показатели стандартизованного онкологического риска (СОР) рассчитывались как отношение кумулятивных коэффициентов онкологической заболеваемости в группах наблюдения и сравнения. В соответствии с классификацией типов техногенеза к сельскохозяйственному типу отнесены Алнашский, Вавожский, Глазовский, Киясовский, Малопургинский муниципальные образования (группа наблюдения). В качестве группы сравнения использованы средние по Удмуртской Республике интенсивные показатели онкологической заболеваемости. Показатели онкологического риска рассчитывались как отношение кумулятивных коэффициентов онкологической заболеваемости в основной и контрольной когортах [1]. Всего оценено 1474 единицы информации.

Результаты исследования и их обсуждение. В условиях сельскохозяйственного типа техногенеза среди женщин в возрасте 20–29 лет отмечен высокий риск реализации ЗН носоглотки и ЗН плаценты (СОР 6,3 в обоих случаях); среди мужчин этой возрастной группы наибольший риск рассчитан по ЗН щитовидной железы (СОР 2,7). В возрасте 30–39 лет среди женщин определяется высокий показатель риска по ЗН

пищевода (СОР 4,5); среди мужчин – по ЗН гортаноглотки и поджелудочной железы (СОР 6,3 соответственно). В возрасте 40–49 лет у женщин – по ЗН желчного пузыря (СОР 3,8) и губы (СОР 3,5); у мужчин – по ЗН желчного пузыря (СОР 4,7). В возрастной категории 50–59 лет среди женщин – по ЗН ротоглотки и ЗН гортани (СОР 6,3 соответственно); среди мужчин – по ЗН половых органов (СОР 4,6). В возрасте 60–69 лет среди женщин – по ЗН соединительной ткани (СОР 2,9); среди мужчин – по ЗН половых органов (СОР 2,1). В возрасте 70 лет и старше наибольший риск рассчитан среди женщин по ЗН головного мозга (СОР 3,3); среди мужчин – по ЗН слюнных желез (СОР 4,0).

Обращают на себя внимание высокие значения онкологического риска для лиц молодого трудоспособного возраста 20–29 лет. Для выявленных нозологий, в частности для ЗН носоглотки, в спектре факторов риска – профессиональная экспозиция к пыли и дыму. Вдыхание дыма в жилищах с очагом, не имеющим дымоотвода, также является доказанным фактором риска развития ЗН данной локализации.

Вывод. Таким образом, полученные данные сформировали научно-методическую основу комплексной первичной онкогигиенической профилактики.

Список литературы:

1. Изучение эпидемиологии злокачественных новообразований среди промышленных контингентов проспективным методом с ретроспективно подобранной когортой: методические рекомендации. – Москва, 1986. – 22 с.
2. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации / С. А. Бойцов, А. Г. Чучалин, Г. П. Арутюнов [и др.]. – М., 2013. – 24 с.
3. Стурман В. И. Геоэкологические проблемы Удмуртии / В. И. Стурман. – Ижевск, 1997. – 158 с.
4. Environmental risk assesment for oncogenesis / A. A. Kamaletdinova, I. D. Sitdikova, A. V. Shulaev [et al.] // ИОАВ Journal. – 2019. – Vol. 10/5. – P.12–14. – https://www.ioab.org/ИОАВJ_10.5_12–14.pdf.
5. Methodological aspects of noncancer genesis risks formation / E. V. Vasilyeva, I. D. Sitdikova, M. K. Ivanova [et al.] // ИОАВ Journal. – 2020. – Vol. 11/1. – P.5–9. – https://www.ioab.org/ИОАВJ_11.1_5–8.pdf.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.831-002-036.1:615.91:546.262.3

С. И. Индиаминов, А. А. Ким

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра судебной медицины

ОЧАГИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ФОКУСОВ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА – ПРИЗНАКИ ИНТОКСИКАЦИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Индиаминов Сайит Индиаминович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел.: +998933371090; Ким Антонина Амуровна – соискатель кафедры; e-mail: antonina_amurovna@mail.ru

В статье представлены результаты исследований погибших и пострадавших при интоксикациях СО. Приводятся литературные данные последних лет по проблеме отравления СО.

Ключевые слова: угарный газ; отравление; головной мозг; бледный шар

S.I. Indiaminov, A.A. Kim

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Forensic Medicine

HEMORRHAGIC FOCI OF CEREBRAL HEMISPHERES – SIGNS OF CARBON MONOXIDE INTOXICATION

Indiaminov Sayit Indiaminovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; 140100, Samarkand, ul. Amira Timura 18, tel.: +998933371090; Kim Antonina Amurovna – candidate for an advanced degree; e-mail: antonina_amurovna@mail.ru

The article reports the results of the examinations of people who died or suffered damage due to carbon monoxide intoxication. Recent publication data on the problem of carbon monoxide poisoning are presented.

Key words: carbon monoxide; poisoning; brain; globus pallidus

Отравление СО считается одним из основных причин насильственной смерти людей во многих странах мира [18, 22]. В отдельных регионах Российской Федерации «... четверть смертельных отравлений составляют отравления СО ...» [5]. В связи с этим отравление СО привлекает особое внимание различных специалистов. Многочисленные исследования посвящены изучению изменений в головном мозге (ГМ) при отравлении СО в судебно-медицинском аспекте [1, 2, 4]. Это обусловлено тем, что наиболее чувствительной к действию СО является центральная нервная система, поэтому в большинстве случаев смерть наступает по асфиктическому типу от паралича дыхательного центра [3, 6, 8, 9, 12].

Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений СО в настоящее время основывается на макро- и микроскопических изменениях в органах и тканях, а также на количественном содержании карбоксигемоглобина

(HbCO) в крови у пострадавших и клинико-лабораторных данных. Однако эти данные не всегда позволяют обосновать судебно-медицинский диагноз и танатогенез данного состояния. Причинами являются конкурирующие (сопутствующие) состояния, прежде всего наличие у пострадавших острой алкогольной интоксикации (ОАИ) и признаков поражений термическим фактором.

Цель исследования: определить особенности поражений различных структур головного мозга у погибших и пострадавших при интоксикациях СО.

Материалы и методы исследования. Проанализированы научные материалы по данной проблеме.

Проведены судебно-медицинские, морфологические и морфометрические исследования структур отдельных участков ГМ от 117 погибших от разных вариантов отравлений СО (из них 78 мужчин (64%) в возрасте от 17 до 35 лет

(49 %)). Результаты судебно-химического анализа указали на отсутствие этилового спирта в крови и моче, но наличие концентрации HbCO в крови у погибших составило от 29,58 до 87%. В 21 случае летальный исход отмечался при отравлении СО на фоне ОАИ. Преимущественно регистрировались смертельные случаи у лиц мужского пола – 15 (71,4%) в возрасте от 36–60 лет (17%), концентрация HbCO в крови составила от 49–93%, этиловый спирт был обнаружен в диапазоне до 3 промилле – 15 случаев, свыше 3 промилле – у 4 погибших. У 18 погибших отравления СО сочетались с термической травмой (мужчин – 14, женщин – 4). В возрастном аспекте значительный удельный вес отмечался от 17 до 60 лет. Судебно-химический анализ показал на концентрацию HbCO от 51 до 84% у погибших от отравления СО на фоне термической травмы. Содержание этилового спирта составило до 3‰ – в 4 случаях, свыше 3‰ – также у 4 лиц.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты микроскопических и морфометрических исследований позволили нам установить, что признаки поражения структур ГМ выявляются при наличии HbCO в крови около 30%. Однако интенсивность поражений резко возрастает при содержании HbCO в крови 60% и выше. При сочетании отравления СО с ОАИ структурные изменения ГМ зависели как от концентрации HbCO в крови, так и от уровня этанола. Что касается случаев отравлений СО на фоне термической травмы, то изменения выражены при III–IV ст. ожога и поражении более 60–70% поверхности тела. В случаях же поражений менее 60%, интенсивность тканевых изменений была менее выражена. Эти данные могут иметь значение для установления причины смерти и оценки танатогенеза отравлений СО, особенно при наличии в организме пострадавших фоновых (конкурирующих) состояний [7].

Наиболее подверженным воздействию СО является ГМ, больше всего нуждающийся в кислороде. Довольно часто в дискуссиях многих исследователей обсуждается связь между интоксикацией СО и некрозом бледного шара (БШ) (*globus pallidus*). Бледный шар является одним из компонентов базальных ганглиев. Он делится на внутренний БШ (*GPi*) и внешний БШ (*GPe*). БШ является подкорковой структурой мозга, функция которой заключается в контроле со-

знательных и проприоцептивных движений [17]. Патопатология некроза остается неясной. Полагают о возможной связи с гипотензивным эффектом отравления СО, артериальным снабжением или за счет того, что участок богат железом [13, 16, 18]. Сообщения о действии СО на мозговое кровообращение подтверждают роль в расширении сосудов ГМ. При длительном воздействии СО эндотелий ГМ подвергается окислительному стрессу, усиливается секвестрация лейкоцитов и активность ксантиноксидазы с последующим перекисным окислением липидов. Определенные области мозга, такие как центральное белое вещество, БШ и гиппокамп, избирательно уязвимы к токсичности СО.

Eun-Jung Park с соавт. (2014) выдвинул важную гипотезу, согласно которой ключевыми патопатологическими факторами, вызывающими острые или отсроченные повреждения ГМ в БШ, являются катехоламиновые кризы. С усилением симпатической активности повышается уровень катехоламинов, где избыток дофамина вызывает разрушение синапсов, приводит к окислительному метаболизму дофамина, серотонинергическому повреждению аксонов или вторичному повреждению миелина [20]. Также имеются данные об алекситимии – неспособности человека определить и описать чувства. У пациента была вызвана двусторонними гипоксическими поражениями *globus pallidus* в результате отравления СО, подтвержденная КТ мозга. Развившаяся при данных ситуациях алекситимия имеет устойчивость к лечению [24].

По данным *Chung-Hsuan Ku* (2019), наиболее распространенным поражением ГМ при отравлении СО является некроз БШ, что при исследовании не было редкостью и составило 59,7% [16]. *C.S. Silverman* (1993) проведено МРТ пациенту с трехлетней давностью в анамнезе отравления СО. Выявили при этом участки аномального сигнала с двусторонней стороны в области БШ [19, 21, 23]. *Nai-Ching Chen* (2013) проведены исследования ГМ структуры БШ, сообщили о возможности рассмотрения его, а также мозолистого тела, как уязвимых структур при отравлении СО [14].

Опубликованы данные, что некроз БШ является лишь следствием церебральной гипоксии-ишемии, вызванной различными причинами, такими как передозировка лекарственного

средства, постанестезия, у детей после операции на сердце, гемолитическая анемия, уремический синдром, острая почечная недостаточность, нарушения обмена веществ, вирусные инфекции, порфирия и церебральный атеросклероз и укусы ос, и он не является специфическим для какого-либо вида травмы [27]. Двусторонняя ишемия бледного шара наблюдалась и после чрезмерного употребления алкоголя и интраназального кокаина [11, 26]. В доступной нам литературе не удалось найти сведений о микроскопических поражениях некроза БШ.

Нами в процессе судебно-медицинской экспертизы погибших при отравлении СО неоднократно наблюдались симметричные геморрагические фокусы в структурах *globus pallidus*. Приведем один пример: смертельный исход семейной пары в собственной квартире, где в момент осмотра ощущался резкий запах угара. Трупы находились в состоянии гнилостного разложения. При судебно-медицинской экспертизе только у мужчины 47 лет, несмотря на выраженные гнилостные разложения, были выявлены в ГМ в области *globus pallidus* симметричные очаги геморрагического фокуса, розоватого оттенка, округло-овальной формы, размерами в пределах 2,5×3,5 см. Макроскопически со стороны других органов и тканей каких-либо изменений, являющихся причиной смерти, не было выявлено. НbСО в крови и в мышцах при судебно-химическом исследовании не обнаружен, в связи с началом гнилостного процесса. С учетом обстоятельства смерти, данных осмотра места происшествия и на основании наличия симметричных геморрагических некрозов в полушариях мозга, при исключении других всевозможных причин смерти, было предположено наступление смерти пострадавших от отравления СО, что подтвердилось в дальнейшем данными предварительного следствия.

Современные достижения методов лучевой диагностики широко применяются в клинической практике для установления наличия и степени поражения, а также отдаленных последствий, например энцефалопатии после острого отравления СО [15]. КТ, МРТ, МРДТТ позволяют определить степень поражения головного мозга на уровне микроскопических изменений

и точно предоставить ценную информацию для выбора терапии и прогностической оценки.

Описаны вербальные дефициты памяти, связанные с атрофией свода при отравлениях СО. Авторами проведены магнитно-резонансные (МР) изображения и нейропсихологические тестирования у 69 пациентов, отравленных СО в интервалах времени начиная с 1-го дня отравления, двух недель и шести месяцев. Размеры площади поперечного сечения свода у пациентов с СО сравнивали с контрольными группами – с нормальными показателями у лиц аналогичного возраста и пола. Установлено, что значительные атрофические изменения в своде у пациентов с отравлениями СО наблюдались через две недели, к 6 месяцам у пациентов с СО отмечалось значительное снижение тестов вербальной памяти, тогда как зрительная память, скорость обработки и внимание не снизились. На основании этих данных авторы приходят к выводу, что СО приводит к повреждению мозга и когнитивным нарушениям при отсутствии повреждений у других нейроанатомических маркеров [25].

Имеются данные аналогичного характера. Авторы провели обследование 73 пациентов с отравлениями СО. МРТ и нейрокогнитивные тесты проводились в течение 36 ч., 2 недель, а также 6 месяцев после отравлений СО. В качестве контроля площади белого вещества были использованы нормативные данные литературы. Результаты исследования показали, что у 30% пациентов с отравлением СО отмечались когнитивные последствия, у 12% пациентов – значительная гиперинтенсивность белого вещества, по сравнению с контрольной группой [20, 26].

Методами МРТ обследовано 387 больных в Сеульской университетской больнице после отравления СО для установления поражения головного мозга. Средний возраст пострадавших – 42 года. Острые поражения головного мозга наблюдались у 104 пациентов (26,9%), среди которых 77 пациентов (19,9%) имели поражения в бледном шаре, 13 (3,4%) – диффузные поражения и 57 (14,7%) – очаговые поражения. Задержка неврологических осложнений произошла у 101 пациента (26,1%). Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что наличие острых поражений головного мозга

было в значительной степени связано с развитием отдельных неврологических осложнений [10].

Вывод. При смертельных интоксикациях СО со стороны структур ГМ выявляется комплекс изменений, характеризующий тяжелые поражения структур – нейронов, макроглии, сосудов, внутрисосудистого содержимого с образованием периваскулярных и перецеллюлярных отеков. Эти данные наряду с результатами судебно-химического анализа на содержание НЬСО в крови могут быть учтены при обосновании причины смерти пострадавшего от отравления СО.

Отравление СО имеет связь с поражением бледного шара. Можно полагать, что двусторонние симметричные некрозы в этой области структуры ГМ можно рассматривать, как один из характерных проявлений для отравлений СО, особенно в отсроченных случаях смерти.

Список литературы:

1. **Богомолова И. Н.** Патоморфологические изменения внутренних органов при острых отравлениях монооксидом углерода / И. Н. Богомолова // Проблемы экспертизы в медицине. – 2007. – № 1. – С. 26–30.
2. **Марченко Н. П.** Морфологические изменения в центральной нервной системе и во внутренних органах при смерти от отравления окисью углерода и их судебно-медицинская оценка / Н. П. Марченко // Сборник научных работ по судебной медицине и криминалистике, посвященный памяти засл. проф. Н. С. Бокариус. – Харьков, 1956. – С. 130–153.
3. **Медицинская токсикология: национальное руководство** / под ред. Е. А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 928 с.
4. **Остапенко Ю. Н.** Отравления аварийно-химическими опасными веществами / Ю. Н. Остапенко // Медицинская токсикология: национальное руководство / под ред. Е. А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 669–684.
5. **Салова И. Ю.** Судебно-медицинская характеристика смертельных отравлений окисью углерода по Северо-западному федеральному округу в 2005–2009 гг. / И. Ю. Салова, П. В. Степанова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2012. – Том 9, № 2. – С. 59–61.
6. **Соколова Н. А.** Содержание свободных жирных кислот и макроэргических фосфатов в крови больных с острым отравлением уксусной кислотой, осложненным токсическим шоком / Н. А. Соколова // Общая реаниматология. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 17–19.
7. **Структура смертельных отравлений** / А. А. Ким, С. И. Индияминов, С. Т. Имомов, А. Ф. Асатулаев // Журнал биомедицины и практики. – 2020. – № 5. – С. 321.
8. **Экспресс оценка степени тяжести и прогноза острых отравлений угарным газом** / З. Н. Марупов, Г. Н. Суходолова, А. В. Бадалян, А. Н. Ельков // Общая реаниматология. – 2010. – VI (2). – С. 34–37.
9. **Яцинюк Б. Б.** Токсическое повреждение миокарда и нарушения системной гемодинамики при остром отравлении пропранололом в эксперименте / Б. Б. Яцинюк // Общая реаниматология. – 2011. – VII (6). – С. 18–23.
10. **Acute Brain Lesions on Magnetic Resonance Imaging and Delayed Neurological Sequelae in Carbon Monoxide Poisoning** / S. B. Jeon, C. H. Sohn, D. W. Seo [et al.] // JAMA neurology. – 2018. – № 75 (4). – P.436–443.
11. **Basal ganglia lesions following carbon monoxide poisoning** / R. O. Hopkins, M. A. Fearing, L. K. Weaver, J. F. Foley // Brain injury. – 2006. – 20 (3). – P.273–281.
12. **Delany R.** Clinical symptoms of carbonic oxide acute poisonings / R. Delany // Clinical Toxicology. – Philadelphia: Healthcare Media Inc, 1999. – P.569–574.
13. **Diffusion-weighted MRI and 99mTc-HMPAO SPECT in delayed relapsing type of carbon monoxide poisoning: evidence of delayed cytotoxic edema** / K. Chu, K. H. Jung, H. J. Kim [et al.] // European neurology. – 2004. – 51 (2). – P.98–103.
14. **Diffusion-weighted imaging improves prediction in cognitive outcome and clinical phases in patients with carbon monoxide intoxication** / N. C. Chen, C. W. Huang, C. C. Lui [et al.] // Neuroradiology. – 2013. – 55 (1). – P.107–115.
15. **Guo J.** Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi / J. Guo, J. Meng, T. Han // Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases. – 2014. – 32 (7). – P. 533–536.
16. **Incidence Rate and Predictors of Globus Pallidus Necrosis after Charcoal Burning Suicide** / C. H. Ku, W. H. Huang, C. W. Hsu [et al.] // International journal of environmental research and public health. – 2019. – 16 (22). – P. 4426.
17. **Javed N.** Neuroanatomy, Globus Pallidus / N. Javed, M. Cascella. – StatPearls Publishing, 2020. – P. 1–11.
18. **Koehler R. C.** Cerebrovascular effects of carbon monoxide / R. C. Koehler, R. J. Traystman // Antioxidants & redox signaling. – 2002. – 4 (2). – P.279–290.
19. **Pallidoreticular damage in acute carbon monoxide poisoning: diffusion-weighted MR imaging findings** / T. Kinoshita, S. Sugihara, E. Matsusue [et al.] // AJNR. American journal of neuroradiology. – 2005. – 26 (7). – P.1845–1848.
20. **Pathophysiology of brain injuries in acute carbon monoxide poisoning: a novel hypothesis** / E. J. Park, Y. G. Min, G. W. Kim [et al.] // Medical hypotheses. – 2014. – 83 (2). – P.186–189.
21. **Renard D.** Bilateral haemorrhagic infarction of the globus pallidus after cocaine and alcohol intoxication / D. Renard, H. Brunel, N. Gaillard // Acta neurologica Belgica. – 2009. – 109. – 2. – P.159–161.
22. **Suicide from carbon monoxide poisoning in South Korea: 2006–2012** / Y. R. Choi, E. S. Cha, S. S. Chang, Y. H. Khang, W. J. Lee // J Affect Disord. – 2014. – 167. – P. 322–325.
23. **Silverman C. S.** Hemorrhagic necrosis and vascular injury in carbon monoxide poisoning: MR demonstration / C. S. Silverman, J. Brenner, F. R. Murtagh // AJNR. American journal of neuroradiology. – 1993. – 14 (1). – P. 168–170.
24. **The magnetic resonance imaging appearances of the brain in acute carbon monoxide poisoning** / P. O'Donnell, P. J. Buxton, A. Pitkin, L. J. Jarvis // Clinical radiology. – 2000. – 55 (4). – P.273–280.
25. **Verbal memory deficits associated with fornix atrophy in carbon monoxide poisoning** / S. R. Kesler, R. O. Hopkins, L. K. Weaver [et al.] // Journal of the International Neuropsychological Society: JINS. – 2001. – 7 (5). – P.640–646.
26. **White matter hyperintensities and neuropsychological outcome following carbon monoxide poisoning** / R. B. Parkinson, R. O. Hopkins, H. B. Cleavinger [et al.] // Neurology. – 2002. – 58 (10). – P.1525–1532.
27. **Yarid N. A.** Globus Pallidus Necrosis Unrelated to Carbon Monoxide Poisoning: Retrospective Analysis of 27 Cases of Basal Ganglia Necrosis / N. A. Yarid, R. C. Harruff // Journal of forensic sciences. – 2015. – 60 (6). – P.1484–1487.

УДК 618.3-06:616.12-008.331-08-039.32

И. Р. Гайсин¹, А. С. Исхакова², Е. С. Самарцева², О. П. Шамчук²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра госпитальной терапии с курсами кардиологии и функциональной диагностики ФПК и ПП
²БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ

Гайсин Ильшат Равилевич – профессор кафедры доктор медицинских наук; 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 87 б, тел. +7 (3412) 68-04-56, e-mail: igaisin@mail.ru; Исхакова Альфия Сабитовна – врач-кардиолог кандидат медицинских наук; Самарцева Екатерина Сергеевна – врач-кардиолог; Шамчук Ольга Петровна – врач-кардиолог

У 180 женщин с артериальной гипертензией (АГ), сохраняющейся через 6–12 недель после родов, выделены варианты кардиоренального статуса и определены стратегии лечения. В открытом годичном проспективном нерандомизированном контролируемом исследовании изучена эффективность ингибиторов АПФ и индапамида SR у некармлиющих матерей в сравнении с эффективностью метилдопы у кормящих женщин. Выявлены высокие органопротективные эффекты иАПФ и индапамида SR и низкие – у метилдопы. Приведен обзор литературы по лечению пациенток с АГ после родов, в т. ч. при грудном вскармливании.

Ключевые слова: артериальная гипертензия после родов; преэклампсия; длительное лечение; грудное вскармливание

I. R. Gaisin¹, A. S. Iskhakova², E. S. Samartseva², O. P. Shamchuk²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Hospital Therapy with the Courses in Cardiology and Functional Diagnostics of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Republic Clinical Diagnostic Centre, Izhevsk

MANAGEMENT OF WOMEN WITH POSTPARTUM ARTERIAL HYPERTENSION

Gaisin Ilshat Ravilevich – Doctor of Medical Sciences, professor; 426009, Izhevsk, ul. Lenina, 87b, tel.: +7 (3412) 68-04-56, e-mail: igaisin@mail.ru; Iskhakova Alfiya Sabitovna – Candidate of Medical Sciences, cardiologist of the Arterial Hypertension Department of the specialized polyclinic; Samartseva Ekaterina Sergeevna – cardiologist of the specialized Women's Health Clinic; Shamchuk Olga Petrovna – cardiologist of the specialized Women's Health Clinic

Variants of cardiorenal status were distinguished in 180 women with arterial hypertension persisting 6–12 weeks postpartum and treatment strategies were defined. In an open-label one-year prospective non-randomized controlled trial the efficacy of ACE inhibitors and indapamide SR was examined in non-feeding mothers and compared with the efficacy of methyldopa in breast-feeding women. It was revealed that organ protection effects of ACE and indapamide SR were high while those of methyldopa were low. A review of the literature on treatment of patients with postpartum hypertension including breast-feeding mothers was presented.

Key words: postpartum hypertension; pre-eclampsia; long-term treatment; breast-feeding

Женщины с анамнезом гипертензивных расстройств при беременности имеют в последующем удвоенный риск развития ишемической болезни сердца, инсульта и смерти от атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ), четырехкратный риск гипертонической болезни (ГБ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) [2, 16, 18, 21, 25, 32, 35], более повышенный риск сахарного диабета, хронической болезни почек (ХБП), фибрилляции предсердий, чем женщины с анамнезом нормальных беременностей [23, 26, 27, 33]. При этом, как установили *N.M. Breetveld* и соавт. (2015), 10–30-летний риск АССЗ повышен только у тех женщин, кто после преэклампсии (ПЭ) имеет артериальную гипертензию (АГ) [17]. Современные руководства предписывают активное наблюдение женщин в течение 6–12 месяцев после родов, изменение образа жизни и максимально

возможный контроль кардиоваскулярных факторов риска (АГ, дислипидемии, избыточной массы тела, сахарного диабета, курения, питания, недостатка физической активности) во избежание осложнений последующих беременностей и для снижения материнского риска в будущем [8, 11, 21, 36, 37, 38].

В отечественных рекомендациях выделены 3 различные клинические ситуации после родов, в соответствии с которыми выбирается тактика лечения АГ [8, 11]:

1. При АГ I стадии и АД <150/95 мм рт. ст. отказ от лекарственной терапии в пользу кормления грудью. Лактация не влияет на уровень АД у кормящей матери [38];

2. Сохранение лактации при лечении низкими дозами антигипертензивных средств (ретардный нифедипин, метилдопа, а также метопролол и бисопролол) АГ I стадии и АД

150/95–179/109 мм рт.ст. Целевые значения АД, скорее всего, не будут достигнуты, но снизится общий сердечно-сосудистый риск;

3. Антигипертензивная терапия, в т.ч. комбинированная, с достижением целевых уровней АД у женщин высокого и очень высокого риска (при АГ II или III стадии, при АД $\geq 180/110$ мм рт.ст., при СД, метаболическом синдроме) и отказ от грудного вскармливания.

Данных по длительному ведению женщин с АГ после родов нет. Имеется единичная работа по 6-месячному использованию эналаприла [5].

Цель исследования: оценка общего сердечно-сосудистого риска у женщин с АГ, сохраняющейся после родов, и выбор адекватной антигипертензивной терапии с учетом характеристики сердечно-сосудистых и почечных факторов.

Материалы и методы исследования. В условиях мультидисциплинарной системы оказания помощи беременным с кардиоваскулярной патологией [13] в проспективное открытое годичное нерандомизированное контролируемое исследование были включены 180 женщин в возрасте 21–39 лет с АГ, сохраняющейся через 6–12 недель после родов. Клиническое и лабораторно-инструментальное обследование женщин позволило выделить следующие варианты послеродового кардиоренального статуса, определившие дальнейшую тактику ведения:

1. АГ 1, 2 степени I стадии (субисследование 1);
2. АГ 1, 2 степени II стадии с атерогенной дислипидемией без поражения почек (субисследование 2);
3. АГ 2, 3 степени II, III стадии с поражением почек (субисследование 3).

В субисследование 1 вошли 64 женщины с АГ 1, 2 степени I стадии после родов: 21 пациентка с анамнезом поздно возникшей (≥ 34 недель беременности) ПЭ, 23 – с анамнезом ГБ при беременности, 20 – с перенесенной ПЭ на фоне ГБ. При прерывании лактации (1-я группа, $n=32$) женщины принимали индапамид *SR* (*sustained release* – длительного высвобождения) 1,5 мг в день, 32 кормящие матери 2-й группы сравнения – подобранные по контролю АД дозы метилдопы 500–2000 мг в сутки в 2–3 приема. В субисследовании 2 наблюдались 62 женщины с атерогенной дислипидемией (28 женщин с фенотипом *IIa*, 24 – *IIb* и 10 с *IV* фенотипом по *D. Fredrickson, 1970*) и АГ 1, 2 степени II стадии после родов (38 пациенток с ГБ, 24 –

с ГБ, перенесших поздно возникшую ПЭ). При отказе от грудного вскармливания (1-я группа, $n=31$) женщины принимали индапамид *SR* 1,5 мг в день и урсодезоксихолевую кислоту (УДХК) по 250 мг 3 раза в день. Кормящие матери 2-й группы сравнения ($n=31$) получали подобранные по контролю АД дозы метилдопы. В субисследовании 3 вошли 54 женщины с АГ после родов и поражением почек (ГБ 2, 3 степени II и III стадии, с альбуминурией или протеинурией и снижением расчетной скорости клубочковой фильтрации – рСКФ). Все перенесли рано возникшую (до 34 недель беременности) ПЭ. Прервавшие лактацию женщины (1-я группа, $n=33$) принимали тканевоаффинные ингибиторы АПФ периндоприл ($n=19$), рамиприл ($n=5$) или комбинацию периндоприла с индапамидом *SR* ($n=9$) в дозах, достаточных для контроля АД. Кормящие женщины (2-я группа, $n=21$) принимали метилдопу до 500–2000 мг в сутки. Исходных различий между группами во всех субисследованиях по клинико-антропометрическим показателям женщин не было.

Всем женщинам проводили стандартное общеклиническое обследование, включая комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования: динамический контроль показателей ЭКГ, эхокардиографии, клиническое измерение АД (АД_{кл.}), суточное мониторирование и самоконтроль АД, определение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и толщины интимы-медии (ТИМ) общей сонной артерии, по показаниям – суточный мониторинг ЭКГ, УЗИ почек. В динамический лабораторный контроль входило исследование крови (полный анализ с подсчетом числа тромбоцитов) и мочи, суточной протеинурии и альбуминурии, сывороточных уровней креатинина с рСКФ по *CKD-EPI*, липидов и аполипопротеинов, глюкозы, электролитов. Стратификация общего сердечно-сосудистого риска у пациенток с АГ после родов осуществлялась согласно российским клиническим рекомендациям 2013 года «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» [4]. Женщины вели дневник самоконтроля, фиксируя динамику АД и ЧСС (как минимум 2 тройных измерения в день, а в процессе подбора антигипертензивной терапии – 4–6 раз в день), массы тела (1 раз в неделю), физические и эмоциональные нагрузки, прием антигипертензивных препаратов. Повторные визиты осуществляли через 1, 3, 6, 9,

12 месяцев или чаще по клиническим показателям. По данным медицинских документов фиксировали анамнез предшествующей беременности, состояние здоровья новорожденного.

Всех пациенток активно информировали о необходимости безотлагательного обращения к кардиологу в случае отмены грудного кормления по каким-либо причинам для выбора адекватной антигипертензивной терапии. На искусственное вскармливание детей перешли 96 женщин (53,3%). Из них в связи с назначением препаратов, несовместимых с грудным вскармливанием (индапамид *SR*, иАПФ), лактация была прервана у 36 (37,5%) на основе информированного совместного решения пациентки, акушера-гинеколога и кардиолога. Другими причинами для прекращения лактации у 60 женщин (62,5%) были заболевания матери, требующие применения антибиотиков или других препаратов (21; 35%), отсутствие грудного молока в связи с переутомлением матери после родов (13; 21,7%), нежелание кормить ребенка (12; 20%); вынужденный выход матери на работу (11; 18,3%); пороки развития ребенка, требующие раздельного пребывания его с матерью (3; 5%).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ *Statistica 10.0*. Для оценки полученных результатов и проведения сравнительного анализа применялись методы описательной статистики, параметрические и непараметрические методы. Качественные характеристики описаны абсолютными величинами и относительными частотами. Для оценки межгрупповых различий по качественным данным применялся критерий χ^2 (хи-квадрат) Пирсона, для внутригрупповых измерений – критерий Мак-Нимара. Тип распределения количественных данных проверяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели при нормальном распределении представлены в виде средних арифметических величин со стандартным отклонением ($M \pm SD$), при непараметрическом распределении – в виде медианы и интерквартильного размаха ($Me [25\%; 75\%]$). Для установления достоверности различий количественных признаков между двумя группами сопоставления при нормальном распределении применялся *t*-критерий Стьюдента, при распределении, отличном от нормального, – непараметрический *U*-критерий Манна-Уитни; для сравнения более чем в 2 независимых груп-

пах – критерий Краскелла-Уоллиса. Две зависимые переменные в одной группе сравнивались с помощью *T*-критерия Уилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе наблюдения женщин в *субисследовании 1* показатели клинического АД существенно не различались в обеих группах, где отмечено существенное, в сравнении с исходными показателями, снижение АД до целевых значений ($p < 0,01$). Нежелательных явлений терапии обоими препаратами со стороны матерей не отмечено, за исключением развития сонливости и ухудшения настроения у 5 (18,5%) женщин, принимавших метилдопу. В обеих группах не зарегистрировано существенных изменений углеводного и электролитного профиля плазмы крови женщин (табл. 1). Уровни печеночных трансаминаз существенно снизились в ходе лечения индапамидом, в группе женщин, принимавших метилдопу, они не претерпели достоверных изменений. Кормящие матери не отметили уменьшения количества грудного молока и отказа младенцев от груди в связи с приемом метилдопы. Женщины, принимавшие индапамид, имели высокую приверженность к лечению, тогда как в группе пациенток, принимавших метилдопу иногда пропускали прием препарата.

Исходные показатели свидетельствовали о наличии умеренного и высокого общего сердечно-сосудистого риска у женщин *субисследования 1* (см. табл. 1). Отметим, что 21 женщина с ГБ после родов имела в анамнезе «чистую» ПЭ.

Прием индапамида *SR* способствовал достоверному снижению массы тела женщин на $11,2 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) на $16,2 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$), альбуминурии на $85,9 [64,5; 96,8]\%$ ($p < 0,001$), росту ЭЗВД на $3,8 \pm 0,5\%$ ($p < 0,01$). К концу года существенные межгрупповые различия в пользу применения индапамида были отмечены у женщин в снижении избыточной массы тела, уменьшении альбуминурии, связанной с ПЭ, и ИММЛЖ, увеличении ЭЗВД (см. табл. 1).

Даже при отсутствии клинически значимого увеличения диуреза индапамид *SR*, вероятно, способен удалять избыток межклеточной жидкости, накопившейся во время гестации, что может приводить к снижению массы тела. К эффективному снижению массы тела в группе женщин, принимавших индапамид, вероятно, привела и возможность соблюдения диеты при прерывании

лактации с более существенной нормализацией гестационной липидемии по сравнению с кормящими, лечившимися метилдопой (см. табл. 1).

Из 32 женщин, принимавших метилдопу, у 20 (62,5%) к концу года наблюдения сохранялась альбуминурия 30–300 мг/сут и у 15 (46,9%) – гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), что уже не может быть объяснено последствием гестационных и патологических (ПЭ) изменений, а является признаком бессимптомного поражения органов в связи с АГ, т.е. трансформацией I стадии ГБ во II (20; 62,5%). В группе женщин, принимавших индапамид SR, признаков поражения органов-мишеней через 12 месяцев лечения не отмечалось ($p < 0,01$).

Применение индапамида SR у женщин привело к достоверному уменьшению физиологической ГЛЖ и эксцентрической геометрии ЛЖ, связанных с беременностью. Все женщины к концу года лечения имели нормальную геометрию ЛЖ. Прием метилдопы привел к меньшему, чем в 1-й группе, снижению числа пациенток с эксцентрической ГЛЖ и меньшей частоте нормальной геометрии ЛЖ через год лечения, а также к развитию концентрической ГЛЖ.

Общий сердечно-сосудистый риск в 1-й группе женщин снизился за год наблюдения с $2,67 \pm 0,11$ до $2,13 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), во 2-й остался без динамики ($2,64 \pm 0,12$ и $2,76 \pm 0,08$; $p > 0,05$).

Показатели СМАД при первичном мониторинге характеризовались значительным повышением уровней систолического и диастолического АД (САД, ДАД), пульсового и среднего АД, тахикардией, ростом «двойного произведения», высокой вариабельностью АД, продолжительностью систоло-диастолической АГ, низким двухфазным перепадом АД «день–ночь», а также повышенной величиной утреннего подъема САД и ДАД – косвенными признаками избыточной нейрогуморальной активации. В динамике в обеих группах через год лечения произошло существенное снижение суточного, дневного и ночного САД и ДАД, двойного произведения, индекса времени. При этом в группе женщин, принимающих индапамид SR, снизилось пульсовое АД, а в группе применяющих метилдопу этого не произошло, в 1-й группе существенно снизились вариабельность АД и AD_{cp} и повысился суточный индекс по сравнению со 2-й.

Таблица 1. Динамика показателей факторов риска и бессимптомного поражения органов у женщин субисследования 1 с АГ после родов

Показатель	1-я группа (индапамид), <i>n</i> =32		2-я группа (метилдопа), <i>n</i> =32		Межгрупповая <i>p</i>	
	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения
АД, мм рт.ст.	152,4±4,2/ 101,2±3,0	124,2±2,8**/ 76,3±2,0**	151,2±4,1/ 100,8±3,1	126,2±2,9**/ 79,6±2,2**	> 0,05	> 0,05
Масса тела, кг	74,8±3,1	66,4±2,4*	75,1±3,8	73,2±2,9	> 0,05	0,045
ХС, ммоль/л	6,12±0,32	5,21±0,24*	6,23±0,35	5,15±0,22*	> 0,05	> 0,05
ТГ, ммоль/л	2,58±0,22	1,95±0,18**	2,61±0,23	2,24±0,21*	> 0,05	> 0,05
ХС ЛНП, ммоль/л	3,51±0,18	3,02±0,15*	3,58±0,17	3,29±0,15	> 0,05	> 0,05
ХС ЛВП, ммоль/л	1,11±0,09	1,15±0,08	1,09±0,08	1,10±0,06	> 0,05	> 0,05
Апо-В/Апо-А1	1,22±0,10	1,01±0,06*	1,19±0,09	1,11±0,07	> 0,05	> 0,05
Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	5,29±0,48	5,18±0,35	5,28±0,45	5,20±0,32	> 0,05	> 0,05
АСТ, ед/л	28,7 [18,5; 35,8]	15,3* [12,2; 26,2]	27,8 [17,3; 36,2]	22,7 [16,8; 32,5]	> 0,05	> 0,05
АЛТ, ед/л	35,3 [20,8; 48,5]	18,6* [15,3; 28,4]	32,5 [20,6; 48,2]	26,8 [18,4; 35,3]	> 0,05	> 0,05
К+ плазмы, ммоль/л	3,95±0,32	3,84±0,26	3,93±0,31	3,99±0,32	> 0,05	> 0,05
Na+ плазмы, ммоль/л	142,2±3,5	130,5±2,4	140,1±3,5	136,2±3,2	> 0,05	> 0,05
Альбуминурия, мг/24 ч	143 [37,8; 186,2]	20,2*** [0; 28,3]	138 [35,3; 178]	42,4** [12,3; 56,2]	> 0,05	< 0,01
ИММЛЖ, г/м ²	98,3±6,4	82,4±3,2**	99,2±6,8	93,5±3,8	> 0,05	0,028
ЭЗВД, %	9,3±1,3	18,4±1,5**	9,4±1,4	13,2±1,3*	> 0,05	0,041
рСКФ, мл/мин/1,73 м ²	84,2 [63,5; 94,2]	92,8 [86,5; 100]	83,8 [62,8; 93,2]	89,3 [82,2; 94,5]	> 0,05	> 0,05

Примечание: * – при сравнении с исходными данными $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

При межгрупповом сравнении показателей СМАД обнаружено, что в группе приема индапамида *SR* имели место значительно более низкие средние значения пульсового АД, вариабельности АД, скорости утреннего подъема САД и ДАД, нагрузки гипертензией и более выраженное, чем исходно, снижение ночного уровня АД с более высокими значениями суточного индекса. Среди женщин, принимающих метилдопу, было меньше, чем в группе принимающих индапамид, дипперов и больше нон-дипперов. Таким образом, терапия индапамидом-ретард позволила более существенно, нежели применение метилдопы, нормализовать показатели СМАД, а также в целом уменьшить нагрузку гипертензией у женщин с АГ, сохранившейся после родов.

Отсутствие значимых органопротективных эффектов метилдопы, ее невысокая антигипертензивная активность, наличие гепатотоксических и седативных свойств, неспособность обеспечивать позитивные сосудистые и метаболические эффекты представляют необходимость ограничить прием этого «стандартного» препарата в период после родов, возможно, в пользу других разрешенных в период лактации лекарственных средств или при прекращении грудного вскармливания – в пользу индапамида *SR* [12].

В субисследовании 2 изучалась эффективность и безопасность комбинированного применения индапамида *SR* и УДХК в сравнении с метилдопой у женщин с АГ и атерогенной дислипидемией после родов. УДХК и индапамид *SR* продемонстрировали хороший профиль безопасности: побочных эффектов терапии со стороны матери не отмечено. В группе женщин, применяющих метилдопу, кормящих грудью, негативного влияния лекарства на здоровье ребенка не было, однако две матери (6,5%) имели послеродовую депрессию.

В ходе соответствующего наблюдения клиническое АД существенно не различалось в основной и группе сравнения ($p>0,05$) (табл. 2). В 1-й группе улучшился исходный атерогенный липидный профиль: уровень общего холестерина (ХС) снизился на $20,4\pm 3,8\%$ ($p=0,0022$), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) – на $20,6\pm 3,5\%$ ($p=0,002$), уровень ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) повысился на $51,0\pm 13,5\%$ ($p=0,00024$), отношение Апо-В/Апо-А1 снизилось на $20,0\pm 2,9\%$ ($p=0,0024$). Конечные изменения липидов/апобелков в основной группе были значительнее, чем в группе сравнения. В группе женщин, принимающих метилдопу, существенных липидных/апобелковых изменений не отмечено.

Таблица 2. Динамика показателей факторов риска и поражения органов-мишеней у женщин субисследования 2 с АГ и дислипидемией после родов

Показатель	1-я группа (индапамид +УДХК), n=31		2-я группа (метилдопа), n=31		Межгрупповая p	
	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения
АД кл., мм рт.ст.	155,3±5,1/ 100,5±3,0	123,2±3,2*/ 75,1±2,2**	154,5±4,8/ 99,4±3,2	125,3±3,1*/ 76,4±2,3*	>0,05	>0,05
Масса тела, кг	75,8±5,3	65,3±2,8*	76,5±5,5	73,2±3,1	>0,05	0,042
ХС, ммоль/л	7,32±0,35	5,83±0,12**	7,29±0,32	6,85±0,18	>0,05	<0,05
ТГ, ммоль/л	3,15±0,12	3,08±0,09	3,18±0,11	3,12±0,08	>0,05	>0,05
ХС ЛНП, ммоль/л	4,42±0,18	3,51±0,09**	4,38±0,19	4,10±0,12	>0,05	<0,05
ХС ЛВП, ммоль/л	0,98±0,03	1,48±0,08***	1,02±0,05	1,15±0,08	>0,05	<0,05
Апо-В/Апо-А1	1,35±0,15	1,08±0,11**	1,32±0,12	1,28±0,10	>0,05	<0,05
Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	5,35±0,38	5,20±0,21	5,32±0,35	5,18±0,22	>0,05	>0,05
АСТ, МЕ/л	28,9±4,4	13,8±1,1*	27,8±4,8	20,2±3,5	>0,05	>0,05
АЛТ, МЕ/л	35,1±5,0	12,9±1,0**	32,9±5,1	26,5±3,2	>0,05	<0,05
К ⁺ плазмы, ммоль/л	3,95±0,30	3,80±0,24	3,92±0,32	3,98±0,22	>0,05	>0,05
Na ⁺ плазмы, ммоль/л	141,5±3,2	130,5±2,0	138,7±2,8	139,2±2,9	>0,05	>0,05
Альбинурия, мг/24 ч	183,5 [162; 203]	51,3*** [30,5; 68,3]	176,3 [158; 198]	86,4** [62,7; 110]	>0,05	0,032
ИММЛЖ, г/м ²	110,8±6,9	87,8±3,5*	109,5±6,8	98,7±4,1	>0,05	0,048
ЭЗВД, %	8,6±1,1	17,5±1,5**	8,7±1,2	12,1±1,7	>0,05	0,029
pСКФ, мл/мин/1,73 м ²	83,8 [62; 94]	95,6 [78,2; 105]	82,4 [61,3; 95]	89,2 [70,3; 98,2]	>0,05	>0,05

Примечание: * – при сравнении с исходными данными $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$

Через год лечения индапамидом *SR* и УДХК масса тела женщин снижалась достоверно больше в сравнении с группой приема метилдопы. Значимое различие в пользу 1-й группы представила также динамика альбуминурии и ИММЛЖ, который в ходе лечения метилдолой не изменился (см. табл. 2). Перенесенная ПЭ сопровождалась эндотелиальной дисфункцией у 26 (83,9%) и 25 (80,6%) женщин 1-й и 2-й групп соответственно ($p > 0,05$). Применение индапамида *SR* и УДХК существенно улучшило вазомоторную эндотелиальную функцию: динамика ЭЗВД $8,9 \pm 1,5\%$ ($p < 0,01$) против $3,4 \pm 0,8\%$ ($p > 0,05$) при применении метилдопы ($p_{1-2} = 0,029$).

Достоверных изменений уровня глюкозы и рСКФ в обеих группах найдено не было. В 1-й произошло значимое снижение уровня печеночных трансаминаз и отмечена тенденция к снижению уровня сывороточного натрия (см. табл. 2). Женщины, перенесшие ПЭ, отметили быстрое исчезновение имевшихся после родов тошноты (у 38,7%), отрыжки желчью (22,6%), горечи во рту (25,8%), тяжести в правом подреберье (38,7%) при приеме УДХК. В группе применения метилдопы женщины некоторое время продолжали испытывать подобные диспепсические проявления. Уровни АСТ, АЛТ у них не претерпели существенной динамики (см. табл. 2). Применение УДХК и индапамида *SR* сопровождалось высокой приверженностью к лечению.

Результаты исследования демонстрируют большие возможности индапамида *SR* и УДХК в контроле основных факторов сердечно-сосудистого риска – АГ и дислипидемии – у женщин после родов с ГБ 1, 2 степени II стадии, в том числе у реконвалесцентов ПЭ.

Известно, что ПЭ способствует развитию атерогенной дислипидемии [10]. Ранее мы сообщали о значимом гиполипидемическом эффекте УДХК у женщин после родов [3]. В настоящем исследовании при приеме УДХК уровень общего холестерина снизился в среднем на 20,4%, ХС ЛНП – на 21%, уровень ХС ЛВП повысился в среднем на 51%, отношение Апо-В/Апо-А1 снизилось на 20%. При применении УДХК у женщин после ПЭ нормализовались повышенные показатели АСТ, АЛТ. Согласно новому определению ПЭ, вовлечение печени является одним из критериев диагностики ПЭ в отсутствие протеинурии [9].

В субисследование 3 вошли 54 женщины после родов с АГ 2 степени (29; 53,7%),

3 степени (25; 46,3%) и поражением почек. Высокая альбуминурия – А3 (30–299 мг/л) отмечалась в 48 случаях (88,9%), А4 – протеинурия – в 6 (11,1%), умеренное снижение СКФ (60–89 мл/мин/1,73 м²) – в 32 (59,3%), умеренно-средняя СКФ (45–59 мл/мин/1,73 м²) – в 3 (5,6%). У всех женщин при беременности установлена ГБ (после родов ГБ II стадии у 35 (64,8%), III стадии у 19 (35,2%)). После родов 1 пациентка (1,9%) перенесла ишемический инсульт, 12 (22,2%) страдали дисциркуляторной энцефалопатией, 15 (27,8%) имели ХСН I стадии. Все женщины перенесли рано возникшую ПЭ с умеренными (36; 66,7%) или тяжелыми проявлениями (18; 33,3%). Преждевременные роды были у 28 (51,9%) пациенток, маловесные дети родились в 45 (83,3%) случаях. Все дети живы, у 23 новорожденных (42,6%) имелись признаки гипоксически-ишемической энцефалопатии, у 15 (27,8%) – внутриутробного инфицирования.

Анализ исходных показателей свидетельствовал о наличии у этих женщин высокого и очень высокого общего сердечно-сосудистого риска (табл. 3). У женщин на протяжении года наблюдения сохранялась атерогенная дислипидемия, что требовало раннего назначения статинов для первичной профилактики АССЗ при условии полной гарантии эффективной контрацепции. Известно, что статины не должны назначаться беременной или кормящей женщине для лечения дислипидемии, поскольку их безопасность недоказана [38]. Однако в обзоре, опубликованном в 2012 году, не было обнаружено тератогенности статинов, но их опасные эффекты не могли быть исключены из-за малого размера выборки [20, 31]. В проспективном контролируемом исследовании 249 плодов были подвергнуты воздействию статинов, и частота врожденных дефектов не отличалась от контрольной группы [31, 34].

Женщины 1-й группы были предупреждены о необходимости эффективной контрацепции при приеме иАПФ. 20 женщин субисследования 3 (37,0%) планировали следующую беременность, поэтому в 1-й группе через год лечения различными иАПФ в монотерапии или в комбинации с индапамидом (нежелательными или неразрешенными препаратами при кормлении ребенка грудью и запрещенными при гестации) рассматривалась возможность их отмены и подготовки к следующей беременности.

Таблица 3. Динамика кардиоренальных показателей у женщин суббисследования 3 с АГ и поражением почек после преэклампсии

Показатель	1-я группа (иАПФ ± индапамид), n=33		2-я группа (метилдопа), n=21		Межгрупповая p	
	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения	После родов	Через год лечения
АД, мм рт.ст.	168,3±5,8/ 105,3±3,5	123,2±2,4***/ 78,5±1,5**	164,8±5,8/ 102,8±3,5	136,2±4,8*/ 86,2±3,2*	>0,05	>0,05
Масса тела, кг	77,2±5,3	68,2±3,5	75,2±5,4	74,8±3,8	>0,05	>0,05
ХС, ммоль/л	7,58±0,23	6,65±0,18*	7,38±0,20	6,75±0,19	>0,05	<0,05
ТГ, ммоль/л	3,22±0,12	2,58±0,09*	3,18±0,13	2,93±0,10	>0,05	<0,05
ХС ЛНП, ммоль/л	4,63±0,19	4,22±0,15	4,45±0,15	4,15±0,14	>0,05	>0,05
ХС ЛВП, ммоль/л	1,01±0,05	1,08±0,06	1,05±0,05	1,09±0,06	>0,05	>0,05
Апо-В/Апо-А1	1,42±0,09	1,33±0,05	1,40±0,09	1,29±0,08	>0,05	>0,05
Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	5,64±0,27	4,82±0,24	5,53±0,27	5,18±0,21	>0,05	>0,05
K ⁺ плазмы, ммоль/л	3,96±0,32	4,01±0,35	3,95±0,32	3,94±0,24	>0,05	>0,05
Na ⁺ плазмы, ммоль/л	141,5±3,5	135,3±2,8	143,5±3,2	138,3±2,7	>0,05	>0,05
ИММЛЖ, г/м ²	113,5±6,4	82,3±4,5**	110,5±6,7	93,8±4,8*	>0,05	<0,05
ФВ ЛЖ, %	64,2 [58,1; 70,2]	72,4** [65,4; 76,2]	64,5 [57,8; 69]	66,4 [58,5; 70,1]	>0,05	<0,05
dПА, мм	4,35±0,12	3,56±0,09**	4,35±0,13	4,18±0,12	>0,05	<0,01
V, см/сек	63,5 [58,2; 66,3]	68,9* [62,3; 72,5]	63,8 [58,7; 67]	65,8 [59,3; 68,3]	>0,05	>0,05
ЭЗВД, %	6,8±1,0	16,8±2,4***	6,8±0,9	10,2±1,1*	>0,05	<0,05
ТИМ, мм	0,98±0,04	0,65±0,03**	0,95±0,02	0,78±0,05*	>0,05	<0,01
Альбуминурия, мг/24 ч	228,5 [130,5; 353]	21,3*** [0; 42,3]	235,2 [128; 362]	201,5 [98,3; 302]	>0,05	<0,01
pСКФ, мл/мин/1,73 м ²	76,2 [58,4; 82,3]	95,6** [70,8; 105]	75,8 [56,8; 83]	82,4 [63,5; 92,1]	>0,05	<0,05
ХСН, n (%)	10 (30,3)	1 (3,03)*	5 (23,8)	12 (57,1)*	>0,05	<0,01

Примечание: * – при сравнении с исходными данными $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

В группе женщин, принимавших метилдопу, был отмечен недостаточный контроль клинического АД, произошло уменьшение ИММЛЖ на $15,1 \pm 2,8\%$ ($p < 0,05$), толщины интимы-медии на $17,9 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$), небольшое увеличение ЭЗВД на $3,4 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к уменьшению альбуминурии на $17,7 [10,3; 28,7]\%$ ($p > 0,05$) и росту pСКФ на $7,2 [2,1; 15,6]\%$ ($p > 0,05$). Зафиксировано увеличение числа больных ХСН на $33,3 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$) (см. табл. 3). Высокая альбуминурия (30–299 мг/л, или микроальбуминурия) сохранилась у всех пациенток группы с использованием метилдопы. С учетом pСКФ, ХБП С1 стадии была сформирована к концу года наблюдения у 13 (61,9%) женщин, С2 стадии – у 8 (38,1%). Таким образом, «традиционный послеродовой» α_2 -адреномиметик оказался заведомо малоэффективным у женщин с АГ 2, 3 степени с поражением органов-мишеней и установленными болезнями сердца, сосудов и почек [6].

К концу года проводимого лечения с помощью иАПФ, наоборот, кроме эффективного контроля АД, статистически значимо снизились показатели общего ХС на $12,3 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), ТГ

на $19,9 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), что, скорее всего, связано с возможностью не кормящих женщин соблюдать диету. Уровень альбумин-/протеинурии снизился на 90 [69; 150] % ($p < 0,001$), диаметр плечевой артерии – на $18,2 \pm 2,8\%$ ($p < 0,01$), скорость кровотока в ней возросла на $8,5 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$). Частота ХСН также снизилась на $27,3 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$); повысились значения ФВ ЛЖ на $8,2 [3,2; 18,3]\%$ ($p < 0,01$) и pСКФ на $20,8 [8,7; 29,3]\%$ ($p < 0,01$). Уменьшился ИММЛЖ на $27,5 [12,3; 38,3]\%$ ($p < 0,01$), а ЭЗВД возросла на $10 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$), что значительно больше в группе принимавших иАПФ по сравнению с группой принимавших метилдопу. ХБП С1 стадии диагностирована через год лечения у 7 (21,2%) женщин ($p_{1-2} < 0,01$), ХБП С2 стадии – ни в одном случае ($p_{1-2} < 0,01$).

Проведена оценка влияния АГ у женщин суббисследования 3 на процессы кардиоваскулярного ремоделирования (табл. 4). Исходно после родов отмечалось преимущественно симметричное утолщение стенок ЛЖ без его дилатации (концентрическая геометрия) и смешанная ГЛЖ (дилатация ЛЖ с его гипертрофией и утолщением стенок).

Таблица 4. Характеристика кардиоваскулярного ремоделирования у женщин субисследования 3 с АГ после родов II, III стадии (на 100 обследованных)

Критерий		1-я группа (иАПФ ± индапамид), n=35			2-я группа (метилдопа), n=21			Межгрупповая p		
		После родов	Через 6 мес.	Через 12 мес.	После родов	Через 6 мес.	Через 12 мес.	После родов	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Тип геометрии ЛЖ	НГ	0	15,2*	78,8***	0	9,5	19,1*	>0,05	>0,05	<0,01
	ФГ	0	18,2*	0	0	19,1*	0	>0,05	>0,05	>0,05
	ЭР	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05
	ЭГ	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05
	КР	27,3	12,1*	0**	23,8	14,3	9,5	>0,05	>0,05	>0,05
	КГ	51,5	42,4	21,2**	52,4	47,6	71,4*	>0,05	>0,05	<0,01
	СГ	21,2	12,1	0**	23,8	9,5	0*	>0,05	>0,05	>0,05
Типы ДД	I	24,2	57,6**	33,3	23,8	47,6*	74,3**	>0,05	>0,05	<0,01
	II	57,6	42,4	21,2**	57,1	52,4	25,7*	>0,05	>0,05	>0,05
	III	18,2	0*	0*	19,1	0*	0*	>0,05	>0,05	>0,05
ВЭД		100	36,4**	12,1***	100	76,2	52,4*	>0,05	<0,01	<0,01
ТИМ >0,9 мм		93,9	30,3**	0***	90,5	52,4*	9,5**	>0,05	<0,05	>0,05

Примечание: Н – нормальная геометрия, ФГ – физиологическая гипертрофия, ЭР – эксцентрическое ремоделирование, ЭГ – эксцентрическая гипертрофия, КР – концентрическое ремоделирование, КГ – концентрическая гипертрофия, СГ – смешанная гипертрофия, ДД – диастолическая дисфункция, ВЭД – вазомоторная эндотелиальная дисфункция, ТИМ – толщина интимы-медиа; * – при сравнении с исходными данными $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Увеличение ИММЛЖ сопровождалось снижением сократительной способности миокарда ЛЖ, нарастанием тяжести диастолической дисфункции (ДД), что свидетельствовало о дизадаптивном характере ГЛЖ.

В группе кормящих женщин с ГБ II, III стадии, принимавших метилдопу, не произошло достоверного снижения числа женщин с концентрическим ремоделированием ЛЖ ни через 6, ни через 12 месяцев терапии. Констатируется увеличение частоты концентрической ГЛЖ вследствие уменьшения доли смешанной ГЛЖ (см. табл. 4). Нормальную геометрию ЛЖ к концу года лечения приобрели 19,1% женщин ($p < 0,05$). Отсутствие уменьшения концентрического типа геометрии ЛЖ и исчезновения ГЛЖ при приеме метилдопы было связано не только с недостаточным контролем АД (25,7% женщин имели АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.), но и с отсутствием у метилдопы способности вызывать обратное ремоделирование сердца.

Нарушения диастолической функции наблюдались у всех 100% женщин в течение года приема метилдопы: так, III рестриктивный тип ДД уже не встречался через 6 месяцев лечения, через 12 месяцев уменьшилась частота II типа ДД. Подобная динамика состоялась за счет увеличения I стадии ДД (см. табл. 4). Отсутствие позитивного влияния метилдопы на ДД и сохранение ГЛЖ при ее приеме кормящими женщинами с ГБ 2, 3 степени II, III стадии, по-видимому, и явилось причиной сохранения и прогрессирования ХСН у этих женщин.

Адекватное антигипертензивное лечение женщин после родов с помощью иАПФ периндоприла (в монотерапии или в комбинации с индапамидом) или рамиприла способствовало обратному развитию концентрического ремоделирования уже к 6-му месяцу терапии ($p < 0,05$), концентрической и смешанной гипертрофии – к 12 месяцам ($p < 0,01$) и к восстановлению нормальной геометрии ЛЖ у 3/4 женщин ($p < 0,001$) и исчезновению ДД почти у 1/2 женщин через год лечения (см. табл. 4). Регресс ГЛЖ на фоне терапии иАПФ с достоверным уменьшением параметров ДД свидетельствует об общности и обратимости этих патологических процессов, что и является основой для уменьшения частоты формирования ХСН у женщин после родов, как наблюдалось в нашем исследовании (см. табл. 3, 4). Таким образом, нормализация геометрии сердца с помощью иАПФ у женщин с АГ после родов может иметь благоприятные отдаленные результаты. Более медленное обратное ремоделирование сердца у кормящих женщин с АГ 2, 3 степени, перенесших ПЭ, при лечении метилдопой должно ставить вопрос о прекращении кормления грудью в пользу назначения более эффективных органопротективных препаратов.

Исходный диаметр плечевой артерии (до пробы с реактивной гиперемией), а также V кровотока в ней представлены в табл. 3. После беременности, осложненной ПЭ, у женщин наблюдалась выраженная вазомоторная эндотелиальная дисфункция (ВЭД). Применение иАПФ сопровож-

далось четким ростом ЭЗВД (по приросту d ПА) у женщин после родов и более значительным, чем при приеме метилдопы, уменьшением частоты ВЭД к 6 и 12 месяцам терапии (см. табл. 4).

Увеличение толщины интимы-медиа (ТИМ) $>0,9$ мм, определяемой на задней стенке общей сонной артерии, являющееся вариантом бессимптомного поражения органов при АГ, в субисследовании 3 встречалось более чем у 90% женщин с АГ 2, 3 степени, перенесших ПЭ (табл. 5). В 21 случае обнаружен атеросклероз крупных и средних сосудов. Через год применения иАПФ или комбинации иАПФ+индапамид отмечено более значительное уменьшение ТИМ, чем при приеме метилдопы. Доля больных с ТИМ $>0,9$ мм через 6 месяцев лечения иАПФ оказалась значительно меньше, чем в группе лечения метилдопой (см. табл. 4).

Известно, что ПЭ как системный эндотелиоз запускает процессы кардиоваскулярного ремоделирования, раннего развития атеросклероза и ХБП и способствует более быстрому «продвижению» женщин по кардиоренальному континууму [1]. Считается, что своевременное назначение медикаментозной терапии женщинам, перенесшим ПЭ, позволит улучшить отдаленный прогноз [19, 21, 36, 37, 38]. У женщин, чья беременность была осложнена ПЭ или гестационной АГ, необходимо контролировать АД до исчезновения АГ и поддерживать АД $<120/80$ мм рт.ст. [24]. Согласно руководствам по лечению АГ [4, 8, 36, 37], иАПФ наряду с сартанами являются наиболее предпочтительными антигипертензивными препаратами при наличии у пациентов альбумин-/протеинурии, почечной дисфункции, ГЛЖ, метаболического синдрома.

Ранее мы писали о современных правилах перипартального ведения АГ [9]. В связи с беспокойством об использовании лекарственных препаратов при **грудном вскармливании**, врачи и пациентки часто отказываются от антигипертензивной терапии [28]. Все антигипертензивные препараты, принимаемые кормящей матерью, экскретируются в грудное молоко [15], однако большинство из них содержится в очень низкой и, как считают специалисты, в безопасной [30] концентрации, за исключением пропранолола и нифедипина, чьи концентрации в молоке такие же, как в материнской плазме [38]. Так, выраженность воздействия метилдопы на организм ребенка невелико. В целом прием препара-

та в период лактации считался безопасным [9]. Однако ESC, а вслед за ним РКО в рекомендациях 2020 года по АГ у взрослых предостерегают от использования метилдопы вследствие риска послеродовой депрессии [7, 38]. В нашем исследовании 6,5% женщин, принимавших метилдопу, имели послеродовую депрессию и у 18,5% отмечались немотивированные ухудшения настроения. При приеме диуретиков возможно уменьшение количества секретирующегося молока [11]. Гидрохлоротиазид экскретируется в грудное молоко в минимальных количествах [8] и, по нашему опыту, может использоваться в дозировке 12,5 мг в день. Антагонисты кальция поступают в молоко, но, по-видимому, не оказывают значительного негативного воздействия на новорожденных детей [8]. Хотя данных по использованию при лактации широко назначаемых при беременности дигидропиридиновых и недигидропиридиновых антагонистов кальция мало, амлодипин, дилтиазем и верапамил могут быть эффективны в лечении АГ вне беременности [28]. Обнаруженная в грудном молоке концентрация каптоприла и эналаприла ничтожно мала (до 1,6%) [38]. Опираясь на базу данных *LactMed* [29], эксперты Американской академии педиатрии считают приемлемым применение данных препаратов в период лактации [14]. Однако в настоящее время клинических данных по применению ингибиторов АПФ в период лактации еще крайне мало, поэтому рекомендации советуют избегать необоснованного назначения иАПФ кормящим матерям [8, 38]. Блокаторы рецепторов ангиотензина II не рекомендованы для применения при лактации [8, 38]. В нашем исследовании иАПФ назначались только при отсутствии грудного вскармливания. Для подавления лактации авторами Руководства ESC рекомендован каберголин, нежели бромкриптин, который может повысить АД [38].

Как правило, в аннотациях к препаратам, приобретенным в России, грудное вскармливание значится как противопоказание к их приему. Зачастую причины этого лежат не в медицинской, а в юридической плоскости, поскольку лекарства не тестированы должным образом у женщин, кормивших грудью [38]. Однако за рубежом существуют специализированные справочники, книги, в которых содержится информация о совместимости лекарственных веществ с лактацией, основанная на результатах клинических, лабора-

торных исследований, мнению экспертов и личного опыта. На основе этих справочников и электронных ресурсов (например, *www.ema.europa.eu*, *www.accessdata.fda.gov*, *www.embryotox.de*, *www.safefetus.com*) и следует руководствоваться для определения совместимости лекарств с грудным вскармливанием [9, 38].

Таким образом, своевременная органопротективная терапия АГ представляет собой возможность профилактики развития АССЗ и ХБП уже на ранних этапах послеродового ведения. Результаты нашего исследования согласуются с немногочисленными на сегодняшний день фактами: первый год после родов может быть решающим для оценки материнских рисков и для содействия выявлению и лечению женщин с персистирующей или неразрешившейся АГ после гипертензивного расстройства беременности [22]. Треть матерей планировала следующую беременность, и эффективное ведение АГ после родов мы расценивали как новую преградную подготовку с целью улучшения кардиоваскулярного здоровья женщин, будущих материнских и неонатальных исходов. Для женщин же, кто не планирует беременность, период после родов необходимо рассматривать как возможность для первичной и вторичной профилактики и улучшения будущего здоровья.

Выводы. 1. Женщины с анамнезом поздно возникшей ПЭ или с ГБ во время беременности имеют умеренный и высокий послеродовой сердечно-сосудистый риск. Развитие ПЭ значительно увеличивает число пациенток с атерогенной дислипидемией и альбуминурией. ГБ сопровождается большей частотой ГЛЖ и сосудистого ремоделирования с увеличением толщины интимы-медии или наличием атеросклеротической бляшки. У пациенток с ГБ, перенесших ПЭ, отмечается преимущественно высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск после родов за счет большой частоты бессимптомного поражения органов, обусловленного АГ, и встречаемости установленных сердечно-сосудистых и почечных заболеваний.

2. Монотерапия ретардным индапамидом некормлящих матерей с АГ I стадии, сохраняющейся после родов, является безопасной и более эффективной, чем монотерапия метилдопой у кормящих женщин. В ходе годичного лечения индапамидом-ретард отмечены нормализация суточного профиля АД, снижение излишней

массы тела и существенные кардио-, нефро- и вазопротективные эффекты с уменьшением индекса массы миокарда левого желудочка и связанной с ПЭ альбуминурии и увеличением эндотелийзависимой вазодилатации.

3. У женщин с ГБ II стадии после родов, в т. ч. перенесших ПЭ, отмечается атерогенная дислипидемия. При сочетании ГБ с дислипидемией у некормлящих женщин после родов эффективный контроль этих факторов риска осуществляет комбинация индапамида-ретард и урсодезоксихолевой кислоты.

4. Женщины с ГБ II и III стадий, перенесшие рано возникшую ПЭ, имеют после родов высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск и поражение почек с нарушением фильтрационной функции. Лечение таких пациенток (при условии отказа от грудного вскармливания) подобранными по контролю АД дозами тканевоафинных иАПФ рамиприла или периндоприла в монотерапии или в фиксированной комбинации с ретардным индапамидом в течение года после родов является высокоэффективным в восстановлении фильтрационной функции и в органопротекции сердца, сосудов и почек.

5. Метилдопа не способствует снижению общего сердечно-сосудистого риска у кормящих матерей с ГБ. У 62,5% женщин с ГБ I стадии к концу года приема метилдопы отмечается развитие II стадии ГБ (сохранение ГЛЖ, альбуминурии). У всех кормящих женщин с ГБ II и III стадий, перенесших рано возникшую ПЭ, на фоне годичного применения метилдопы формируется ХБП: С I стадии – у 61,9%, С 2 стадии – у 38,1% женщин.

Список литературы:

1. **Гайсин И.Р.** Артериальная гипертензия у беременных – новый кардиоренальный континуум / И.Р. Гайсин // Тер. архив. – 2012. – Т. 84, № 1. – С. 48–53.
2. **Гайсин И.Р.** Ведение женщин с болезнями системы кровообращения во время беременности и после родов / И.Р. Гайсин, А.С. Исхакова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2019. – № 3. – С. 39–43.
3. **Гайсин И.Р.** Урсодезоксихолевая кислота в коррекции дислипидемии у кормящих грудью женщин, перенесших преэклампсию / И.Р. Гайсин, А.С. Исхакова, Л.В. Шилина // Российские медицинские вести. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 71–75.
4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. – М., 2013. – 63 с.
5. Изучение органопротективных и метаболических эффектов эналаприла при лечении артериальной гипертензии, сохраняющейся после родов / О.Н. Ткачева [и др.] // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 3. – С. 18–22.

6. **Исхакова А.С.** Особенности лечения артериальной гипертензии у женщин с поражением почек, перенесших преэклампсию / А.С. Исхакова, И.Р. Гайсин // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2018. – № 2. – С. 49–51.
7. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых / Ж.Д. Кобалава [и др.]. – 2020. – 162 с.
8. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных / О.Н. Ткачева [и др.] // 2010–84 с.
9. Новые подходы к классификации, диагностике и лечению гипертензивных состояний беременности / И.Р. Гайсин, А.С. Исхакова, О.П. Шамчук, Е.С. Самарцева // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2020. – № 4. – С. 27–35.
10. Особенности липидного обмена при артериальной гипертензии у беременных женщин / И.Р. Гайсин [и др.] // *Пермский медицинский журнал.* – 2009. – Т. 26, № 2. – С. 62–71.
11. Рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности 2018 года / Комитет экспертов Российского кардиологического общества // *Российский кардиологический журнал.* – 2018. – № 7. – С. 156–200.
12. Эффективность и безопасность ретардного индапамида в лечении женщин с гипертензией после родов / И.Р. Гайсин [и др.] // *Системные гипертензии.* – 2015. – Т. 12, № 2. – С. 46–50.
13. Эффективность специализированной помощи беременным с сердечно-сосудистой патологией в Удмуртской Республике / И.Р. Гайсин [и др.] // *Практическая медицина.* – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 67–73.
14. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics / H.C. Sachs [et al.] // *Pediatrics.* – 2013 Sep. – Vol. 132, № 3. – P. e796–e809. doi: 10.1542/peds.2013–1985.
15. **Beardmore K.S.** Excretion of antihypertensive medication into human breast milk: a systematic review / K. S. Beardmore, J.M. Morris, E.D. Gallery // *Hypertens. Pregnancy.* – 2002. – Vol. 21, № 1. – P. 85–95. doi: 10.1081/PRG-120002912.
16. Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis / M. C. Brown [et al.] // *Eur. J. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 28, № 1. – P. 1–19.
17. Cardiovascular disease risk is only elevated in hypertensive, formerly preeclamptic women / N.M. Breetveld [et al.] // *BJOG.* – 2015 Jul. – Vol. 122, № 8. – P. 1092–1100.
18. Cardiovascular risk, lipids and pregnancy: preeclampsia and the risk of later life cardiovascular disease / F. Charlton [et al.] // *Heart Lung Circ.* – 2014. – Vol. 23, № 3. – P. 203–212.
19. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy / L.A. Magee [et al.]; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group // *Pregnancy Hypertension.* – 2014. – Vol. 4, № 2. – P. 105–145. doi: 10.1016/j.preghy.2014.01.003.
20. **Godfrey L.M.** Teratogenic risk of statins in pregnancy / L. M. Godfrey, J. Erramouspe, K. W. Cleveland // *Ann. Pharmacother.* – 2012. – Vol. 46. – P. 1419–1424.
21. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association; C. Bushnell [et al.] // *Stroke; a journal of cerebral circulation.* – 2014. – Vol. 45, № 5. – P. 1545–1588.
22. **Hauspurg A.** Hypertensive disorders of pregnancy and future maternal health: how can the evidence guide postpartum management? / A. Hauspurg, M.E. Countouris, J.M. Cantov // *Current Hypertension Reports.* – 2019 Nov 27. – Vol. 21, № 12. – P. 96. doi: 10.1007/s11906–019–0999–7.
23. Impact of a history of hypertension in pregnancy on later diagnosis of atrial fibrillation / D.C. Scantlebury [et al.] // *J. Am. Heart Assoc.* – 2018 May. – Vol. 13, № 7 (10). pii: e007584.
24. Interpregnancy care/American College of Nurse-Midwives and the National Association of Nurse Practitioners in Women’s Health; American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine; J.M. Louis [et al.] // *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* – 2019 Jan. – Vol. 220, № 1. – P. 2–18. doi: 10.1016/j.ajog.2018.11.1098.
25. **Jim B.** Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications / B. Jim, S.A. Karumanchi // *Semin. Nephrol.* – 2017 Jul. – Vol. 37, № 4. – P. 386–397.
26. Kidneys and women’s health: key challenges and considerations / G.E. Ashuntantang [et al.] // *Nat. Rev. Nephrol.* – 2018 Mar. – Vol. 14, № 3. – P. 203–210.
27. Long term effects of gestational hypertension and preeclampsia on kidney function: Record linkage study / D. Ayan-sina [et al.] // *Pregnancy Hypertens.* – 2016. – Vol. 6, № 4. – P. 344–349.
28. **Mehta P.K.** Adverse pregnancy outcomes and cardiovascular risk factor management / P.K. Mehta, M. Minissian, C.N.B. Merz // *Seminars in Perinatology.* – 2015 Jun. – Vol. 39, № 4. – P. 268–275. doi: 10.1053/j.semperi.2015.05.005.
29. National Library of Medicine. Drugs and Lactation Database LactMed. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/#IX-P>.
30. **Newton E.R.** Drugs in breast milk / E.R. Newton, T.W. Hale // *Clinical Obstetrics and Gynecology.* – 2015 Dec. – Vol. 58, № 4. – P. 868–884. doi: 10.1097/GFR.000000000000142.
31. **Pieper P.G.** Use of medication for cardiovascular disease during pregnancy / P.G. Pieper // *Nat. Rev. Cardiol.* – 2015. – Vol. 12. – P. 718–729.
32. Preeclampsia and future cardiovascular health: a systematic review and meta-analysis / P. Wu [et al.] // *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* – 2017 Feb. – Vol. 10, № 2. pii: e003497. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003497.
33. Pre-eclampsia is associated with a twofold increase in diabetes: a systematic review and meta-analysis / P. Wu [et al.] // *Diabetologia.* – 2016 Dec. – Vol. 59, № 12. – P. 2518–2526.
34. Pregnancy outcome following maternal exposure to statins: a multicentre prospective study / U. Winterfeld [et al.] // *BJOG.* – 2013. – Vol. 120. – P. 463–471.
35. **Seely E.W.** Preeclampsia and future cardiovascular disease in women: How good are the data and how can we manage our patients? / E.W. Seely, E. Tsigas, J.W. Rich-Edwards // *Semin. Perinatol.* – 2015 Jun. – Vol. 39, № 4. – P. 276–283.
36. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines; P.K. Whelton [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology.* – 2018. – Vol. 71, № 19. – P. e127–e248. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.
37. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) / B. Williams [et al.] // *European Heart Journal.* – 2018. – Vol. 39. – P. 3021–3104.
38. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy / V. Regitz-Zagrosek [et al.] // *European Heart Journal.* – 2018. – Vol. 39. – P. 3165–3241.

УДК 617.55-089.168

М.И. Слобожанин¹, С.О. Старовойтов¹, М.Г. Мясников², А.Е. Ворончихин²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

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

ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Слобожанин Михаил Иванович — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 89127549840; Старовойтов Сергей Олегович — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Мясников Максим Геннадьевич — заведующий торакальным отделением; Ворончихин Анатолий Евгеньевич — хирург торакального отделения

В работе представлен анализ результатов хирургического лечения пациентов с ранениями и повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства в БУЗ УР «Городской клинической больнице № 9 МЗ УР».

Ключевые слова: структура повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства; диагностика; тактика; лечение

M. I. Slobozhanin¹, S. O. Starovoitov¹, M. G. Myasnikov², A. E. Voronchikhin²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

²City Clinical Hospital No.9, Izhevsk

THE TACTICS AND RESULTS OF TREATING INJURIES OF ABDOMINAL ORGANS AND RETROPERITONEAL SPACE

Slobozhanin Mikhail Ivanovich — Candidate of Medical Sciences, associate professor; 426063, Izhevsk, ul. Promishlennaya, 52, tel.: 89127549840; Starovoitov Sergey Olegovich — Candidate of Medical Sciences, associate professor; Myasnikov Maxim Gennadievich — head of the Thoracic Department; Voronchikhin Anatoly Evgenievich — surgeon of the Thoracic Department

The paper summarizes and presents an analysis of the results of surgical treatment of wounds and injuries of abdominal organs and retroperitoneal space in the City Clinical Hospital No.9 of Izhevsk.

Key words: structure of the injuries of abdominal organs and retroperitoneal space; diagnostics; tactics; treatment

Актуальность проблемы заключается в том, что повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства являются одними из наиболее тяжелых травм военного и мирного времени, требующих оказания неотложной хирургической помощи [3,4]. В последние годы травматизм является одной из основных причин смертности населения мира [6], преимущественно молодого трудоспособного возраста, что влечет за собой огромные материальные и экономические потери. Общая летальность от травм живота в среднем составляет 30%. В. А. Бахтин указывает на 60% летальность, которая не имеет тенденции к снижению [5]. По данным А. С. Ермолова, среди травм органов живота первое место по частоте повреждений занимают разрывы селезенки (26,2%), на втором месте (24,2%) — разрывы почки, на третьем (16,2%) — разрывы тонкой кишки и брыжейки, на четвертом месте — разрывы печени (15,6%) [1].

Цель исследования: провести анализ оказания хирургической помощи пациентам с травмой органов живота и забрюшинного пространства в торакальном хирургическом отделении.

Материал и методы исследования. Было проанализировано 497 историй болезней пациентов, госпитализированных в ГКБ № 9 г. Ижевска за 2013–2017 гг., с травмой органов живота и забрюшинного пространства, среди них: 110 женщин (22,2%) и 387 мужчин (77,8%), которые травмируются чаще женщины, соотношение составило 1: 3,5. В возрастном диапазоне от 18 до 50 лет было госпитализировано с травмой органов живота и забрюшинного пространства 339 (68,2%) пациентов, а от 51 года и более 70 лет — 158 (31,8%), то есть в 2,2 раза больше травмированных в молодом возрасте. В алкогольном опьянении в ГКБ № 9 было доставлено 228 пациентов, что от общей совокупности травмированных составило 45,8%. По социальной

принадлежности вся совокупность пациентов была распределена на 160 (32,2%) работающих и 337 (67,8%) безработных, среди неработающих пенсионеры составили 86 (17,3%). Всем пациентам были проведены клиничко-лабораторные, по показаниям – рентгенологическое, ультразвуковое (УЗИ) и эндоскопическое (лапароскопия) исследования. В диапазон клинического обследования включали определение шокового индекса Альтговера-Барри для определения объема кровопотери, а лабораторные исследования включали определение уровня гемоглобина, числа эритроцитов, глобулярного объема, группы крови и резус фактора.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе анализа структуры повреждений органов живота и забрюшинного пространства все пострадавшие распределены по происхождению травм: криминальная (41,4%) и бытовая (26,5%) травмы занимают лидирующую позицию среди других этиологических факторов. В состоянии алкогольного опьянения была совершена суицидальная травма 40 (74,1%) пациентами, бытовая 85 (64,4%), криминальная 103 (50%) (табл. 1).

В зависимости от временного диапазона поступления в стационар после травмы все пациенты были распределены следующим образом: до 2 часов от возникновения травмы поступило 53,7% пострадавших (табл. 2).

Таблица 1. Структура повреждений живота и органов забрюшинного пространства

Причина травм	Количество пострадавших	%
Бытовая	132	26,5
Криминальная	206	41,4
Суицидальная	54	10,9
Автомобильная	47	9,4
Падение с высоты	15	3,1
Производственная	34	6,8
Причина не установлена	9	1,9
Итого:	497	100

Таблица 2. Распределение пациентов по показателю временного интервала от момента травмы до госпитализации в стационар ГКБ № 9

Время	Число травмированных	%
До 2 часов	267	53,7
До 6 часов	101	20,3
До 12 часов	75	15,1
До 24 часов	42	8,4
Спустя 24 часа	12	2,5
Итого:	497	100

Следует отметить оперативную работу бригад скорой медицинской помощи, которые доставили больше половины пострадавших в первые 2 часа с момента получения травмы.

С закрытой травмой живота поступило 167 пациентов, из которых 66 больных без повреждения внутренних органов, а 101 пострадавший с повреждением органов живота, выявленных во время лапаротомии (табл. 3). Вследствие множественной и сочетанной травм общее число поврежденных органов брюшной полости и забрюшинного пространства (151) значительно превышает число больных (101) с закрытой травмой живота. Множественная травма органов живота диагностирована у 39 (38,6%) пациентов, а сочетанная (разрыв мочевого пузыря и брыжейки тонкой кишки) у 11 (10,8%). Представленные нами показатели в таблице 3 свидетельствуют о том, что чаще всего при закрытой травме живота повреждались паренхиматозные органы (84,2%), реже – полые (15,8%), которые совпадают с результатами В. Е. Закурдаева [2].

С открытой травмой госпитализировано 330 (66,3%) раненых: из них с проникающей раной в живот с повреждением органов 245 (74,2%) пациентов, без повреждения органов живота 32 (25,8%). С раной непроникающей в брюшную полость госпитализировано 53 (16,1%) пострадавших, у 32 из которых локализация раны диагностирована в поясничной области, а в области боковых стенок живота у 21.

Таблица 3. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства при закрытой травме живота

Орган повреждения	Число повреждений	Частота встречаемости в %
Печень	32	31,6
Селезенка	31	30,6
Толстая кишка и её брыжейка	14	13,8
Большой сальник	13	12,8
Тонкая кишка и её брыжейка	12	11,8
Мочевой пузырь	11	10,8
Разрыв мышц брюшной стенки	11	10,8
Желудок	8	7,9
Почка	7	6,9
Разрыв яичника	5	4,9
Поджелудочная железа	4	3,9
Желчный пузырь	3	2,9

Из 53 больных с непроникающей раной в живот у 15 (4,6%) диагностировано повреждение органов забрюшинного пространства: ранение почки у 13 (3,9%), внебрюшинного отдела толстой кишки у 2 (0,9%) пациентов. Сочетанное ранение органов живота и забрюшинного пространства констатировано у 10 (4,1%) из 245 пациентов: ранение поджелудочной железы (ПЖ) диагностировано у 7 (2,8%), почек у 3 (1,3%) госпитализированных. Наиболее часто при проникающих ранениях живота повреждается толстая кишка (68,7%), второе место занимает печень (41,1%), третью позицию – тонкая кишка (35,5%), четвертое место – большой сальник (24,8%) и значительно реже – селезёнка (8,4%). Все пострадавшие (497) были клинически обследованы, а 300 (60,4%) пациентам потребовалось инструментальное исследование: УЗИ органов брюшной полости выполнено у 224 (45,1%) пациентов, обзорная рентгенография живота у 76 (15,3%). По клинко-лабораторным данным была определена степень тяжести пострадавших на момент поступления в хирургическое отделение. Лёгкая степень тяжести диагностирована у 174 (35,1%) пациентов, средняя – у 169 (34,1%), тяжелая – у 88 (17,6%) и крайне тяжелая – у 66 (13,2%) больных. Уровень гемоглобина и числа эритроцитов у пациентов с легкой степенью тяжести находился в пределах: $Hb=103$ г/л и $Er = 3,4 \times 10^{12}/л$, с средней – $Hb=88$ г/л, $Er = 2,7 \times 10^{12}/л$, с тяжелой степенью тяжести – $Hb = 70$ г/л, $Er = 1,8 \times 10^{12}/л$. В состоянии шока было доставлено 154 (35,9%) пациента: I степень диагностирована у 46 (10,7%), II степень у 61 (14,2%), III степень у 47 (11%). Активная хирургическая тактика осуществлялась у 426 (85,8%) пациентов, им проводились перед операцией кратковременная подготовка и устранение шока, а выжидательная тактика и консервативное лечение – у 71 (14,2%) больного, у которых не было выявлено признаков шока, кровотечения и перитонита. По временному интервалу после поступления пациентов в хирургическое отделение операция проведена в первый час 212 (49,7%) больным, до 2 часов – 136 (31,9%), до 12 часов – 56 (13,2%), спустя сутки 22 (5,2%) пациентам. Выбор объёма операции определялся после лапаротомии, которая была выполнена у 382 (89,6%) пострадавших, лапароскопия – у 15 (3,5%), конверсия в лапаротомию потребовалась 5 (1,8%) больным, люмботомия – 22 (5,1%), первичная хирур-

гическая обработка ран (ПХО) – 330 пациентам. У 426 больных с закрытой и открытой травмой живота наиболее часто повреждалась тонкая кишка (36,8%), а из паренхиматозных органов – печень (28,8%) (табл. 4). В послеоперационном периоде осложнения возникли у 37 (8,7%) пациентов, такие как: ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 5 (1,2%) госпитализированных, перитонит – у 6 (1,4%), нагноение ран – у 12 (2,8%), эвентрация – у 3 (0,7%), кровотечение – у 11 (2,6%). Средняя продолжительность лечения пациентов в хирургическом отделении составила 11,0 койко-дней.

За анализируемый период в хирургическом отделении скончалось 3 больных, летальность составила 0,6%, при открытой травме живота – 0,4%, а при закрытой – 0,2%. Анализ летальности показал, что смерть пациентов наступила в результате длительного догоспитального этапа, крайней степени тяжести состояния от множественной и сочетанной травмы и тяжелой сопутствующей патологии.

Таблица 4. Вид и объём оперативного пособия пациентам с закрытой и открытой травмой живота (на 100 оперированных)

Вид операции	Количество	Частота в %
Спленэктомия	45	10,5
Ушивание ран селезёнки, гемостаз	4	0,9
Резекция тонкой кишки с анастомозом	3	0,7
Холецистэктомия	11	2,5
Колостомы	7	1,6
Вскрытие гематом, ревизия, санация, гемостаз	25	5,8
Ушивание ран:		
Тонкой кишки и её брыжейки	157	36,8
	32	0,7
Толстой кишки и её брыжейки	56	1,3
	87	20,4
Желудка и желудочно-ободочной связки	29	6,8
	7	1,6
Поджелудочной железы (швы на капсулу)	11	2,5
Почки	20	4,6
Мочевыводящего пузыря	28	6,5
Печени	123	28,8

Выводы: 1. Наиболее частой причиной повреждений живота являются криминальная, бытовая и суицидальная травма. Большая часть пострадавших получили травму живота, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

2. Открытая травма живота превалирует над закрытой, при которой чаще встречаются колото-резаные раны брюшной стенки, проникающие в брюшную полость с повреждением органов живота и забрюшинного пространства.

3. Всем пострадавшим с закрытой и открытой травмой живота, у которых диагностированы клинические признаки перитонита, внутреннего кровотечения или абдоминального шока, газ или жидкость в брюшной полости выбирали обоснованно активную хирургическую тактику с экстренным оперативным пособием.

4. Послеоперационные осложнения составили 8,7%, наиболее частое осложнение – нагноение ран.

5. Низкая летальность – 0,6%, при открытой травме живота – 0,4%, а при закрытой – 0,2% по хирургическому отделению свидетельствует о высоком качестве оказания помощи пациентам с травмой живота.

Список литературы:

1. Абдоминальная травма: руководство для врачей / под ред. А. С. Ермолова, М. Ш. Хубутя, М. М. Абакумова. – М.: Видар-М, 2010. – 504 с.
2. **Закурдаев В. Е.** Диагностика и лечение закрытых повреждений живота при множественной травме / В. Е. Закурдаев. – Ленинград: «Медицина», 1976. – 152 с.
3. Неотложная хирургия груди и живота: руководство для врачей / Л. Н. Бисенков, П. Н. Зубарев, В. М. Трофимов, С. А. Шалаев, Б. И. Ищенко; под ред. Л. Н. Бисенкова, П. Н. Зубарева. – Изд. 3-е, доп. и перераб. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – С. 516–544.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: руководство для врачей / под ред. акад. РАН и РАМН В. С. Савельева; ред.-составитель акад. РАМН А. И. Кириенко. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 544 с.
5. Травма живота: уч. пособие для студентов мед. вузов / сост. В. А. Бахтин, В. А. Янченко. – Киров: Кировская гос. мед. академия, 2005. – 64 с.
6. **Цыбуляк Г. Н.** Проблема диагностики и лечения тяжелых множественных травм / Г. Н. Цыбуляк, А. В. Низовой // Вест. хир. им. И. И. Грекова. – 1973. – № 1. – С. 89.

УДК. 616.853-06:6: 616.89-08.428.4

В. Т. Лекомцев¹, Н. А. Мадиярова², Е. Н. Васильева²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

²БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ УР» г. Ижевск

ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ ЛЕРМИТТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лекомцев Владислав Тимофеевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 526034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Мадиярова Наталья Александровна** – врач-психиатр; **Васильева Елена Николаевна** – врач-психиатр

Описывается редкий клинический случай органического галлюциноза Лермитта у больного с криптогенной височной эпилепсией с полиморфными пароксизмами по типу частых окуломоторных и оральных автоматизмов.

Ключевые слова: височная эпилепсия; галлюциноз Лермитта

V. T. Lekomtsev¹, N. A. Madiyarova², E. N. Vasilyeva²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Psychiatry, Addiction Medicine and Medical Psychology

²Republic Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk

VISUAL LHERMITTE'S HALLUCINOSIS: A CLINICAL CASE

Lekomtsev Vladislav Timofeevich – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the department; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Madiyarova Natalia Aleksandrovna** – psychiatrist; **Vasilyeva Elena Nikolaevna** – psychiatrist

The article describes a rare clinical case of organic Lhermitte's hallucinosis in a patient with cryptogenic temporal lobe epilepsy with polymorphic paroxysms of the type of frequent oculomotor and oral automatism.

Key words: temporal lobe epilepsy; Lhermitte's hallucinosis

Современные нейровизуализационные методы исследования позволяют проводить дифференциальную диагностику между эндогенными психозами, органическими и дегенеративными заболеваниями [1]. Зрительный галлюциноз Лермитта [2] (педункулярный галлюциноз)

имеет органический генез, он возникает при поражении ножек головного мозга и мозгового ствола в области III желудочка (описан Ж. Лермиттом в 1920 году). Клиника заболевания характеризуется приступообразно возникающими микроскопическими, зрительными подвижны-

ми, нередко цветными галлюцинациями. Зрительные образы калейдоскопичны. Больные обнаруживают удивление, интерес к необычным видениям, ожидают их появления, расстройств сознания не наблюдается.

Приводим клинический пример. Пациент Ч., 2004 года рождения, ученик 7 класса школы. Отец и мать злоупотребляли спиртными напитками. Отец умер несколько лет назад. Родился от 5-й беременности путем кесаревого сечения, вес 3880 гр., длина 57 см., закричал после санации верхних дыхательных путей (ВДП). Околоплодные воды были зелеными. В 1-е сутки после рождения был крайне беспокоен, с 3-х суток – желтуха. Выписан из роддома с диагнозом перинатальная энцефалопатия (ПЭП), конъюгационная желтуха, неонатальная гипогликемия. Наблюдался неврологом с ПЭП, на НСГ – дилатация межполушарной борозды. Перенес аллергический дерматит. Рос слабым ребенком. Наблюдался неврологом с церебральным синдромом, стертой дизартрией. В возрасте 1,5 года был укушен собакой, сильно испугался, ночью спал тревожно. Была операция в полости рта с применением общего наркоза. До 3,5 лет отмечался энурез. В возрасте 6 лет обращались к неврологу с жалобами на страхи, боялся оставаться один. Детское дошкольное учреждение посещал с 2,5 лет. Впервые к психиатру направлен в 4 года в связи с речевыми нарушениями. В психоневрологическом диспансере диагностировали задержку психического развития в связи с церебральным синдромом. В 2011 г. было рекомендовано обучение в 1-м классе в специальном коррекционном образовательном учреждении 7 вида. Амбулаторно консультирован психологом, выявлено легкое недоразвитие интеллекта. В РКДЦ диагностирован атипичный аутизм с легкой умственной отсталостью в связи с травматическим гипоксическим поражением ЦНС, подозрение на манифест шизофрении. В 2016 г. в связи с трудностями общения был консультирован психиатром-психотерапевтом. Оказалось, что мальчик успешно справляется с математикой, участвует в олимпиадах, получил грамоту. Повторно был обследован психологом. В профиле личности выявлены акцентуированные черты астенического характера. После смерти отца, которую перенес формально спокойно, мальчик стал уединяться, с кем-то разговаривал, чему-то улыбался. В это же время появились вздрагивания век. В 2017 г. во время беседы обнаружил кратковременные «трепетания век». При проведении ЭЭГ выявлены острые волны в затылочной области до 300 мкВ, в центрально-лобной области до 150 мкВ. В школьной характеристике отмечено,

что мальчик периодически начинает разговаривать сам с собой и в эти моменты не обращает внимания на окружающих. 24.05.2018 г. поступил на стационарное обследование. При поступлении сообщил, что периодически слышит голоса, которые рассказывают смешные истории, в связи с чем и смеётся на уроках. Во время беседы зарегистрировано «трепетание век». Был госпитализирован с подозрением на шизофрению детского типа с когнитивной недостаточностью. На ЭЭГ от 15.05.18 г. умеренные диффузные изменения срединно-стволовых, подкорковых структур, регистрируются эпилептиформная активность в виде острых потенциалов бэта-дельтадиапазона, пик-волновых комплексов в лобно-центральных областях обоих полушарий. Выявлена сформированная эпилептическая система мозга. На МРТ от 22.05.18 г. патологии не выявлено. Объемный процесс исключен. Заключение логопеда от 14.05.18 г. – недоразвитие речи III уровня. Заключение невролога от 07.05.18 г. – резидуально-органическое поражение ЦНС перинатального генеза в форме 2-сторонней пирамидной недостаточности, вегетативная лабильность. Синдром легких глазодвигательных нарушений. Психический статус: сознание ясное, одет аккуратно, всесторонне правильно ориентирован. Сообщил, что поступил на обследование. В начале беседы был несколько насторожен, затем успокоился. Выражены вегетативные реакции, гипергидроз ладоней. Периодически наблюдаются подергивания век и оральные автоматизмы «вытягивание век с глотательными движениями» на несколько секунд, которых сам пациент не замечает. В начале беседы жалоб не предъявлял. При подробном расспросе сообщил, что периодически на ладонях у него появляются маленькие люди – «гномики», одетые в яркие костюмы как в сказке. Они рассказывают смешные истории. Это приятно, поэтому он всегда ожидает появления этих гномиков. Во время галлюцинирования он полностью находится во власти переживаний, на имя не откликается, создается впечатление о помрачении сознания, однако больного можно вывести из этого состояния. Рассказывая о «приятных» переживаниях, пациент улыбается. Бредовых интерпретаций нет. Ассоциативная деятельность замедлена по темпу. Запас знаний и кругозор достаточный. С интересом говорит о том, как они с матерью ездили на Кипр. Имеет хорошее представление о географии. С положительными эмоциональными красками говорит о животных. На вопрос «Хотел бы он, чтобы эти переживания ушли», заявляет, «Мне бы хотелось, чтобы они остались». В беседе с врачами держится свободно.

Заключение: на основании изучения анамнестических данных, течения болезненного процесса, данных параклиники диагноз шизофрении и опухоли мозга может быть отвергнут. У пациента четко проявляется полиэтиологичность, мультифакторность генеза психических расстройств (особенности течения беременности у матери, тяжелая психогенная реакция, укус собаки, операция на лице с применением общего наркоза), что первоначально привело к формированию церебрастенического синдрома, а затем – пароксизмальной симптоматике в виде парциальных псевдоабсансов («трепетание век», оральные автоматизмы) и органического галлюциноза по типу галлюциноза Лермитта. Отрешенность от окружающего мира на время переживания наплыва видений можно расценивать как галлюцинаторную спутанность сознания. Окончательный диагноз: Органический галлюциноз по типу галлюциноза Лермитта у больного с криптогенной височной эпилепсией с полиморфными пароксизмами по типу частых оку-

ломоторных и оральных автоматизмов со стойким церебрастеническим синдромом и вторичными невротическими включениями и вегетативной неустойчивостью.

Список литературы:

1. **Вандыш-Бубко В.В.** Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью / В.В. Вандыш-Бубко; под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнамова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова // Психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 392–398.
2. **Зенков. Л.Р.** Непароксизмальные эпилептические расстройства: руководство для врачей / Л.Р. Зенков. – М.: МЕДпрессинформ, 2007. – 280 с.
3. **Ковалев Ю.В.** Галлюцинаторно-бредовые расстройства / Ю.В. Ковалев. – Ижевск: Алкид, 2018. – 150 с.
4. Синдромология психических заболеваний: руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1990. – Т. 1. – С.50.
5. **Lhermitte J.** Syndrome de la calotte pédonculaire. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mesencephale / J. Lhermitte// Revue Neurologique. – 1922. – Vol. 38. – P. 1359–1365.

УДК 616.895.8-039.38:616.831.22

В. Т. Лекомцев, Ю. В. Ковалев, А. Д. Миннегалиев, Э. С. Лекомцев

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

О РОЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ У ПАЦИЕНТА ШИЗОФРЕНИИ

Лекомцев Владислав Тимофеевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 526034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.:8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Ковалев Юрий Владимирович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Миннегалиев Алмаз Данисович** – ординатор кафедры; **Лекомцев Эдуард Сергеевич** – ординатор кафедры

Рассматривается клинический случай, подтверждающий предположение о том, что эмоциональный стресс играет провоцирующую роль, декомпенсируя уже имеющиеся субклинические проявления шизофрении и приводя к манифестации болезни.
Ключевые слова: эмоциональный стресс; шизофрения; субклинические проявления; манифестация болезни

V. T. Lekomtsev, Yu. V. Kovalev, A. D. Minnegaliev, E. S. Lekomtsev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Psychiatry, Addiction Medicine and Medical Psychology

THE ROLE OF EMOTIONAL STRESS IN THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA

Lekomtsev Vladislav Timofeevich – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the department; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Kovalev Yuri Vladimirovich** – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; **Minnegaliev Almaz Danisovich** – resident of the department; **Lekomtsev Eduard Sergeevich** – resident of the department

The article is concerned with a clinical case that confirms the assumption that emotional stress plays a provoking role, decompensating the already existing subclinical manifestations of schizophrenia and leading to the manifestation of the disease.

Key words: emotional stress; schizophrenia; subclinical manifestations; manifestation of the disease

Клинико-психопатологический метод до сих пор является главным в психиатрической диагностике. Трудности диагностики шизофрении в значительной мере зависят от того обстоятель-

ства, что её дебют часто приходится на детский или подростковый возраст – периоды, когда чрезвычайно трудно различить начальные симптомы болезни. Причина диагностических за-

труднений и в том, что многие симптомы при детской шизофрении проявляются рудиментарно [3,4], стерто, отличаются большим многообразием [1]. Любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического созревания, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса, а с другой – определяет ресурсы психики, влияя на клиническое оформление [3]. Сформированы представления о психопатологическом диатезе [2], аномалии психической конституции, обусловленной генетической уязвимостью пациента. Последняя представляет собой скрытый (латентный) фактор развития психического заболевания.

Цель исследования: выявление патопластического фактора, спровоцировавшего у пациентов развитие первого психотического эпизода шизофрении.

Материалы и методы исследования: анализ истории болезни пациента.

Пациент Н., 18 лет. Из анамнеза известно, что наследственность психопатологически не отягощена, но отец был замкнутым, одиноким человеком, слыл «чудаком». В средней школе внешних признаков психического расстройства пациент не обнаруживал. Со старших классов вел дневник. Интересен анализ дневниковых записей, которые дали возможность ретроспективно проанализировать развитие психопатологического состояния задолго до первых внешне заметных проявлений заболевания. В них можно проследить постепенное развитие шизофренического процесса с легких нарушений мыслительного процесса по темпу, стройности и целенаправленности в начале с дальнейшим переходом в разорванность мышления. Уже в 11-м классе стал выявляться грубый дисфренический симптомокомплекс, начиная с грубых эмоциональных нарушений с явлениями амбивалентности, паралогичного мышления с последующим формированием шизофазии, «словестной окрошки» («Эпизод из моей жизни. У каждого должна быть фантастика, особенно иметь каждую вещь к определенному празднику. Парень спортивной фигурой, воробыная душа. Самая красивая кровь – голубая. Можно подумать, что тюменские развиты сильнее отдельных людей, великих, которые были еще в царской эпохе»). Судя по дневниковым записям, начал считать себя композитором, для этого создал свой «нотный язык».

Заканчивается дневник записями, отражающими глубокое нарушение мышления по типу вербигерации с появлением бессвязных каракулей, отчетливо заметен распад связующих и направленных форм активного мышления и параллельно с этим утрата смысловой связи во фразах, разрушение грамматических и синтаксических форм речи. При этом остается лишь тенденция к речевым, лишенным смысла выражениям.

Дневниковое творчество больного до поступления в институт не проявлялось внешними клиническими симптомами. Перед экзаменами сильно волновался, был тревожным, плохо спал. Во время вступительного экзамена почувствовал, что преподаватель «вставил» в его зубную коронку какой-то аппарат. Экзамены сдал хорошо, был зачислен в вуз, но к учебе не приступил. Постепенно стал эйфорично-дурашливым. В начале октября он зашел в клуб совершенно голый. Начал танцевать и застыл в кататоническом ступоре, был доставлен в психиатрическую больницу. Выявлял клинические признаки кататонического ступора в виде симптома зубчатого колеса, каталепсии, пассивного негативизма. В состоянии ступора находился в течение 12 дней, иногда гримасничал. Кормили искусственно. Периодически наблюдалось хаотическое возбуждение, при этом на лице появлялась мимика страха, удивления, боли. После выхода из кататонии пациент сообщил, что превращался в космическую антенну, видел звездное небо, оно приводило его в восторг и восхищение. Небо было удивительно красивым, окрашенным необычным ультрамариновым цветом. Вокруг пациента водили хороводы маленькие звездочки. Звезды он собирал в кучки, небесные светила были по ощущению то холодными и горячими, то острыми, легкими и тяжелыми.

Таким образом, у больного на фоне психогении, не выходящей за рамки «жизневого стресса», развился острый приступ шизофренического психоза с синдромом онейроидной кататонии. Анализ домашних дневниковых записей показал, что стресс сыграл провоцирующую, преципитирующую роль и выявил уже созревшую шизофреническую патодинамическую структуру.

Список литературы:

1. **Гурьева В. А.** Клиническая и подростковая психиатрия / В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2000. – 202 с.
2. **Коцюбинский В. П.** Об адаптации психически больных / В. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 67–71.

3. **Краснов В.Н.** Диагностика шизофрении / В.Н. Краснов; под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова // Психиатрия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 281–288

4. **Семичев С.Б.** Преболезненные, психические расстройства / С.Б. Семичев. – Л.: Медицина, 1987. – 182 с.

5. **Семичев С.Б.** Группировка состояний психического здоровья / С.Б. Семичев; под общей ред. М.М. Кабанова // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: сборник научных трудов. – Ленинградский НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1986. – Т. 115. – С. 5–17.

УДК 66183 168.5.3:-06

В. Т. Лекомцев¹, Н. А. Клименко²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ УР» г. Ижевск
²БУЗ УР «Городская клиническая больница №4» МЗ УР, г. Ижевск

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Лекомцев Владислав Тимофеевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 526034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Клименко Надежда Анатольевна** – врач-терапевт

Анализ истории родов 29 пациенток, страдающих эпилепсией, показал наличие риска появления врожденных пороков развития у плода у всех женщин. Этот риск оказался наибольшим при приеме карбамазепина, а также в случае сочетания эпилепсии и умственной отсталости.

Ключевые слова: эпилепсия; беременность; роды; терапия; пороки развития

V. T. Lekomtsev¹, N. A. Klimenko²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Psychiatry, Addiction Medicine and Medical Psychology
Republic Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk
²City Clinical Hospital No. 4, Izhevsk

SOME OF THE ISSUES OF TREATING EPILEPSY IN PREGNANT WOMEN

Lekomtsev Vladislav Timofeevich – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the department; 426034, Izhevsk, ul. Kommunarov, 281, tel.: 8 (3412)58-47-78, e-mail: psy.igma@yandex.ru; **Klimenko Nadezhda Anatolyevna** – therapist

The analysis of the childbirth histories of 29 patients suffering from epilepsy showed the presence of a risk of congenital malformations in the fetus in all women. This risk was greatest in patients taking carbamazepine, as well as in the case of a combination of epilepsy and mental retardation.

Key words: epilepsy; pregnancy; childbirth; therapy; malformations

Эпилепсия – одно из самых частых неврологических заболеваний, встречающихся у беременных. У большинства женщин, больных эпилепсией беременность протекает без осложнений, и рождаются здоровые дети. По существующим оценкам, распространенность эпилепсии у беременных достигает 0,7%. От 0,3 до 0,7% случаев всех беременностей регистрируются у женщин с эпилепсией (*Abou-Khalil B., Hednal P.P., Preraivit* [4,5]. По данным *Hauser* и соавт., каждые 3–5 на 1000 новорожденных рождаются от матерей, страдающих эпилепсией [4].

Приблизительно у 1/3 женщин во время беременности наблюдается учащение приступов. Риск врожденных пороков плода высок не только у женщин, принимающих противоэпилептические препараты во время беременности, а также

у женщин, страдающих эпилепсией вне зависимости от приема препаратов. Лечение эпилепсии во время беременности требует баланса между риском для матери и плода, и риском, связанным с неконтролируемыми приступами, и потенциальными тератогенными эффектами противоэпилептических препаратов (ПЭП). Рациональный подход требует знания такого риска, также понимания влияния беременности на контроль над приступами и влияния гестации на метаболизм ПЭП.

Частота аномалий у беременных, больных эпилепсией, представлена в обзоре *T. Tomson*. По данным автора, у беременных с эпилепсией наиболее часто осложнения возникают при монотерапии вальпроатами (от 5,8% до 13,3%), реже при монотерапии ламотриджином (от 1,4% до 3,1%). [3].

Цель исследования: выявление особенностей протекания беременности, ведения родов и послеродового периода у женщин, страдающих эпилепсией.

Материалы и методы исследования. Способом случайной выборки взяты 29 пациенток БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» с особенностями ведения родов и послеродового периода, страдающих эпилепсией. Основной метод исследования – клинико-статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие 29 человек, из них в возрасте от 16 до 20 лет – 7 (24,13%), 21–25 лет – 7 (24,13%), 21–30–11 (37,90%), 31–36–4 (13,2%). Перед исследованием у всех женщин было получено информированное согласие.

По этиологическому признаку пациенты распределились следующим образом: больных с идиопатической эпилепсией было 6 (20,6%), с криптогенной эпилепсией – 16 (55,1%), у 7 (24,1%) больных наблюдалась иная пароксизмальная симптоматика. Перед планированием беременности на фоне медикаментозной терапии ремиссия фиксирована от 2 месяцев до 7 лет. Всем больным проведена консультация генетика. В 8 (27,5%) случаях были выявлены факторы риска. В одном случае биоэлектрическая активность была без эпилептической активности. У остальных беременных были выявлены умеренно выраженные ирритативные изменения ЭЭГ с признаками дисфункции конвекситальных отделов головного мозга – у 8 (27,5%), с признаками дисфункции средне-стволовых структур – у 11 (37,5%), у 8 (27,5%) была отмечена заинтересованность в височно-теменных отделах, у 2 (6,8%) пациенток была выявлена эпилептическая активность в стволовых структурах.

Экстрагенитальные и генитальные заболевания у женщин обследуемой группы: в анамнезе хламидиоз наблюдался у 4 (13,7%), уреоплазмоз – у 5 (17,2%), кандидоз – у 2 (6,8%), трихомоноз – у 2 (6,9%) женщин. У одной женщины в возрасте 16 лет, страдающей умственной отсталостью, беременность от случайной связи не была запланированной (3,1%). Первая беременность была у 9 (31,0%) обследуемых, вторая – у 8 (27,5%), третья беременность – у 6 (20,6%) пациенток, более трех – у 6 (20,6%). Акушерско-гинекологический анамнез: роды – в 11 (37,9%) случаях, искусственный аборт – у 9 (31,0%) бере-

менных, самопроизвольный аборт – у 7 (24,1%), мертворожденный плод – у 2 (6,8%). Осложнения беременности в период обследования были представлены в виде хронической почечной недостаточности у 4 (13,2%), хронической внутриутробной гипоксии плода у 10 (31,4%), задержки развития плода 1-й степени – у 8 (27,5%) женщин, у 16 (55,1%) была выявлена анемия первой степени. Те или иные особенности течения родов наблюдались у 9 (31,0%) рожениц.

У 2 (6,9%) пациенток были рубцы от ранее проведенных операций кесарева сечения, у 3 (10,3%) – проведена эпитизиотомия, родовая слабость наблюдалась у 3 (10,3%), сомнительный плод выявлен у 3 (10,3%), ручное извлечение плода проводилось в 4 (13,7%) случаях. Нормальные физиологические роды были у 14 (41,2%) рожениц.

Противоэпилептическая терапия в 38% случаев проводилась с карбамазепином, который оказывает довольно сильное тератогенное действие на плод. При этом у 35% наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода во втором и третьем триместре, однако установить полное влияние препарата на течение беременности является затруднительным, так как в большинстве случаев у женщин имелись сочетанные патологии: осложненный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные патологии, психогении семьи [1, 2].

Вывод. Терапия эпилепсии у беременных должна соответствовать стандартам, принятым Международной противоэпилептической лигой. Каждая беременность женщины должна быть запланированной, для этого необходимо организовывать курсы для подготовки к беременности и родам для пациенток и их семей. Абсолютным противопоказанием к беременности является сочетание эпилепсии с умственной отсталостью, выраженные психические нарушения, частые эпилептические приступы. Риск врожденных пороков плода высок не только у женщин, принимающих противоэпилептические препараты во время беременности, а также у женщин, страдающих эпилепсией вне зависимости от приема препаратов.

Список литературы:

1. Побочные эффекты антиэпилептической терапии. Диагностика, профилактика, терапевтическая коррекция / О. А. Пылаева, К. Ю. Мнухин, А. С. Петрухин [и др.]. – М.: ГРАНТ, 2016. – 232 с.

2. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия: руководство для врачей / В.В. Воронкова, А.С. Петрухин, О.А. Пылаева, А.А. Холин. – М.: «БИНОМ», 2008. – 192 с.

3. Томсон Т. Лечение эпилепсии при беременности / Т. Томсон; под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт // Эпилепсия в медицине XXI века. – М.: ЗАО «Светлица», 2000. – С. 407–412.

4. **Abou-Khalil B.** An open-label study of levetiracetam at individualized doses between 1000 and 3000 mg/day in adult patients with refractory epilepsy/B. Abou-Khalil, P.P. Hemdal, M.D. Privitera//Seizure. – 2003. – 12. – P. 141–149.

5. **Hauser W.A.** Descriptive epidemiology of epilepsy; contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota / W.A. Hauser, J.F. Annegers, W.A. Rocca // Mayo Clin Proc. – 1996. – 71. – P. 576–586.

УДК 616-046.533-922.7

Н. Н. Ишанкулова

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра внутренних болезней № 1 и фтизиатрии

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Ишанкулова Насиба Нурмаматовна – старший преподаватель кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, 18, тел.: +998915578132, e-mail: ishankulova_nasiba@mail.ru

В ходе исследования выявлены факторы риска развития у пациентов артериальной гипертензии в условиях городской поликлиники города Самарканда. Из 650 обследованных с артериальной гипертензией у 8,6% была обнаружена отягощённая наследственность по гипертензии, 20,9% имели избыточный вес, вели малоподвижный образ жизни, злоупотребляли спиртными напитками и курили.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; фактор риска; ожирение; курение

N. N. Ishankulova

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Internal Diseases No. 1 and Phthisiology

REVEALING RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN A CITY POLYCLINIC

Ishankulova Nasiba Nurmamatomovna – senior lecturer; 140100, Samarkand, ul. Amira Timura 18, tel.: +998915578132, e-mail: ishankulova_nasiba@mail.ru

The article is devoted to revealing risk factors for the development of arterial hypertension and its treatment in the districts No. 4 and 5 allotted to the polyclinic No. 3 in the city of Samarkand. 650 people with arterial hypertension were examined; hypertension was found to be hereditary in 8,6% patients, 20,9% were overweight and had a sedentary lifestyle, and, finally, 38 patients (5,8%) abused alcohol and smoked.

Key words: arterial hypertension; risk factor; obesity; smoking

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее распространенных в мире сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность АГ среди взрослого населения различных популяций колеблется от 10–20% и выявляется у каждого четвертого взрослого [1, 5]. Смертность от болезней системы кровообращения в общей смертности населения составляет 53,5%, из них 48,5% приходится на случаи, обусловленные ишемической болезнью сердца, и 35,2% – на цереброваскулярные заболевания. АГ представляет опасность тем, что является одним из главных факторов риска развития болезней системы кровообращения атеросклеротического происхождения [3]. Информированы о наличии артериальной гипертензии только 57% пациентов, из них лечением охвачены 17%, а эффективная терапия прово-

дится лишь у 8% больных. Заболеваемость АГ значительно выше у женщин, чем у мужчин. Женщины лучше, чем мужчины информированы о наличии у них заболевания (58,9% против 37,1%), чаще лечатся (46,7% против 21,6%), в том числе эффективно (17,5% против 5,7%). До 40 лет АГ чаще встречается у мужчин, после 50 лет – у женщин. Эффективность лечения уменьшается с возрастом: если до 50 лет эффективно лечится каждая 5-я, то в последующем число эффективно леченных женщин уменьшается до 8%, достигая минимума в последние годы жизни (1,5%) [2, 4].

Цель исследования: выявление факторов риска развития артериальной гипертензии в условиях городской поликлиники.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на территории участков

№ 4, 5 поликлиники № 3 города Самарканда Республики Узбекистан. Количество населения, прикрепленного к данным участкам, составляет 4800 человек. В медицинское обследование были вовлечены лица в возрасте 30–65 лет. Число лиц в возрасте от 30 до 65 лет на участках составило 3600 человек (75%). Среди них мужчин было 1640 человек (45,5%), женщин – 1960 человек (54,5%). Диагноз артериальной гипертензии выставлялся на основании клинических и параклинических данных. Всем пациентам проводилось измерение артериального давления и исследование глазного дна.

Во время обследования уделялось большое внимание на выявление факторов риска, которые способствуют возникновению и прогрессированию артериальной гипертензии. К ним можно отнести следующие: возраст, наследственность, избыточную массу тела, нерациональное питание, избыточное потребление поваренной соли, малоподвижный образ жизни, курение или чрезмерное употребление алкоголя, нерациональный режим труда и отдыха, а также психоэмоциональное напряжение. Помимо обнаружения этих факторов, давали детальные рекомендации по изменению образа жизни. Велась активная санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике распространения артериальной гипертензии и устранению факторов риска её развития.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 3600 обследуемых у 18,1% выявлены признаки артериальной гипертензии, такие как головная боль, тошнота, быстрая утомляемость, нарушение сна, одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, ухудшение зрения и другие. Из обследованных мужчин было 194 человека (29,8%), женщин – 456 человек (70,2%). Большое число обследуемых, у которых была обнаружена артериальная гипертензия, были в возрасте старше 45 лет. При измерении артериального давления среди пациентов систолическое давление колебалось в пределах от 140 до 185 мм рт. ст., а диастолическое давление было в пределах от 90 до 110 мм рт. ст. При офтальмоскопии у большинства обследуемых были выявлены отёчность диска зрительного нерва и сужение сосудов сетчатки.

Следующим этапом исследования было выявление среди больных артериальной гипертензией

лиц, у которых имеются факторы риска, способствующие возникновению и прогрессированию артериальной гипертензии. Из 650 обследованных с артериальной гипертензией у 56 (8,6%) была обнаружена отягощённая наследственность по гипертонии (у их родителей или близких родственников было высокое артериальное давление). 136 обследованных (20,9%) имели избыточный вес и вели малоподвижный образ жизни, 38 больных (5,8%) злоупотребляли спиртными напитками и курили. Среди обследованных пациентов с артериальной гипертензией была проведена санитарно-просветительная работа, направленная на устранение выявленных факторов риска развития артериальной гипертензии.

Вывод. Таким образом, из 3600 обследуемых у 650 (18,1%) выявлены признаки артериальной гипертензии, из них мужчин было 194 человека (29,8%), а женщин – 456 человек (70,2%). Большое число обследуемых, у которых была обнаружена артериальная гипертензия, были в возрасте старше 45 лет.

Из 650 обследованных с артериальной гипертензией у 56 (8,6%) была обнаружена отягощённая наследственность по гипертонии, 136 обследованных (20,9%) имели избыточный вес и вели малоподвижный образ жизни, 38 больных (5,8%) злоупотребляли спиртными напитками и курили.

Среди выявленных лиц с артериальной гипертензией была проведена санитарно-просветительная работа, направленная на устранение выявленных факторов риска развития артериальной гипертензии.

Список литературы:

1. Артериальная гипертензия у взрослых (клинические рекомендации) / Ж.Д. Кобалава, А.О. Конради, Н.С. Ведогода, Е.В. Шляхто. – Москва, 2020. – 161 с.
2. **Чазова И.Е.** Диагностика и лечение артериальной гипертонии / И.Е. Чазова, Ю.В. Жернакова // Системные гипертензии. – 2019. – Том 16, № 1. – С. 6–31.
3. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 125 million people / E Rapsomaniki [et al.] // The Lancet. – 2014. – 383. – P. 1899–1911.
4. International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines / T. Unger, C. Borghi, F. Charchar [et al.] // Journal of Hypertension. – June 2020. – Volume 38, Issue 6. – P. 982–1004.
5. Prevention and control of noncommunicable diseases: Guidelines for primary health care in low resource settings. – Geneva, World Health Organization, 2012.

УДК 616.366-003.7-06: 616-089.853

В.В. Проничев^{1,2}, Х.И. Акберова¹, А.Э. Джениева¹, А.М. Емельянова², В.А. Байков³

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

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

³БУЗ УР «Камбарская районная больница МЗ УР», Удмуртская Республика

ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Проничев Вячеслав Викторович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426008, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8(912)850-19-67, e-mail: Pronicnev@mail.ru; Байков Владимир Александрович – врач-хирург; Емельянова Альбина Миннегаязовна – комбустиолог; Акберова Халима Исмаил кызы – студент; Джениева Айсель Эльман кызы – студент

В статье описан клинический случай желчнокаменной болезни, которая осложнилась перфорацией желчного пузыря с формированием подпеченочного абсцесса.

Ключевые слова: грыжа; флегмона; брюшная полость; аутодермопластика

V.V. Pronichev^{1,2}, Kh.I. Akberova¹, A.E. Dzhenieva¹, A.M. Emelyanova², V.A. Baykov³

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Hospital Surgery

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

³Kambarka District Hospital, Udmurt Republic

PERFORATION OF THE GALLBLADDER AS A COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE

Pronichev Vyacheslav Viktorovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; Baykov Vladimir Aleksandrovich – surgeon; Emelyanova Albina Minnegayazovna – surgeon specializing in treating burns; Akberova Khalima Ismail kyzy – student; Dzhenieva Aysel Elman kyzy – student

The article presents a clinical case of gallstone disease, which has been complicated by perforation of the gallbladder and formation of subhepatic abscess.

Key words: hernia, phlegmon; abdominal cavity; skin grafting

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием конкрементов в желчном пузыре и/или в желчных протоках [6,7]. ЖКБ встречается у 10–20% населения западных стран, эпидемиологические данные свидетельствуют в пользу устойчивого роста заболеваемости ЖКБ в мире, при этом в большинстве случаев заболевание протекает без клинических проявлений, симптоматика развивается всего лишь в 13–22% наблюдений [1,5,8,9]. ЖКБ развивается преимущественно среди женщин, у лиц в возрасте старше 40 лет, при быстром снижении массы тела, наличии хронических гемолитических заболеваний и ожирении [2,3,4,10].

Цель исследования: анализ казуистического осложнения желчнокаменной болезни у пациентки, госпитализированной в клиническую больницу.

Материалы и методы исследования. В БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска было проведено клиническое наблюдение и изучена «Карта стационарного больного».

Клинический пример. Пациентка М. 66 лет обратилась за медицинской помощью в поликлинику районной больницы 20.11.2020 г. с жалобами на боли в области живота, слабость. После физической нагрузки у пациентки появились боли в верхней части живота. Для устранения боли она провела тепловую процедуру, но боли увеличились, что и заставило обратиться за медицинской помощью.

При осмотре: женщина повышенного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 102 ударов в минуту, ритмичный. Живот больших размеров, увеличен за счет гигантской послеоперационной грыжи, располагающейся от мечевидного отростка до лонного сочленения. Размеры грыжевого выпячивания 60×50 см. В центре этого выпячивания зона некроза кожи серого цвета, разме-

ром 20×15 см. Кожа, покрывающая грыжевое выпячивание, инфильтрирована, отечна, гиперемирована, имеются участки с эпидермальными пузырями, заполненными мутной геморрагической жидкостью. При пальпации живота наибольшая болезненность определяется под мечевидным отростком и там же определяется зона флюктуации.

По экстренным показаниям пациентка госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: гигантская послеоперационная грыжа передней брюшной стенки, осложненная ущемлением и некрозом кишки, флегмоной грыжевого мешка. Проведены клинические исследования крови и мочи. Проведена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. По лабораторно-клиническим данным анализ мочи – без особенностей. Общий анализ крови: лейкоциты – $8,9 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$; *Hb* – 91 г/л; лейкоцитарная формула: миелоциты – 1%; метамиелоциты – 1%; нейтрофилы п/я – 4%; нейтрофилы с/я – 69%; моноциты – 9%; лимфоциты – 16%; токсическая зернистость (+); СОЭ – 55 мм/час. Для оказания экстренной медицинской помощи санитарной авиацией был доставлен хирург из БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. При аускультации живота выслушивались шумы кишечной перистальтики. Все это не укладывалось в клиническую картину некроза кишки, через 3 часа с момента поступления в хирургическое отделение больная взята в операционную.

При пункции живота под мечевидным отростком получен гной бурого цвета, который был взят на посев. Под эндотрахеальным наркозом ниже мечевидного отростка произведен разрез мягких тканей в поперечном направлении до 10 см, под давлением выделилось до 600 мл жидкого гноя с ихорозным запахом и отошло несколько желчных камней. При пальцевом исследовании раны обнаружен ход в подпеченочное пространство. С целью ограничения распространения флегмоны брюшной стенки произведены дополнительные разрезы по фланкам: левой и правой и над лонным сочленением, некротические ткани иссечены до брюшины. Раны не ушивались, дренированы салфетками с перекисью водорода. Далее пациентка получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, на операционную рану накладывали повязку с левомеколем. После того, как прекратилось отделяемое из ран, были наложены вторичные швы. Раневой дефект над грыжевым выпячиванием покрылся грануляционной тканью.

02.12.2020 г. пациентка переведена в ожоговое отделение БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска для проведения аутодермопластики передней брюшной стенки. На момент перевода состояние пациентки удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 17 в минуту, сатурация – 97%. Артериальное давление 130/75 мм рт. ст. На передней брюшной стенке гранулирующая рана 35×40 см с небольшим налетом фибрина, перифокального воспаления нет. Была наложена повязка с левосином. Поставлен диагноз: гранулирующая рана передней брюшной стенки площадью 5%.

Аутодермопластика проведена 07.12.2020 г. под внутривенной анестезией. Исход операции при выписке – аутокожа прижилась, остались точечные раны с тенденцией к эпителизации (рис.). Донорские раны эпителизовались.



Рис. Внешний вид раны живота у пациентки после аутодермопластики.

Вывод. У пациентки желчнокаменная болезнь осложнилась перфорацией желчного пузыря с формированием подпеченочного абсцесса. В следствии выраженного спаечного процесса в брюшной полости подпеченочный абсцесс прорвался под кожу в области мечевидного отростка и вызвал гнойное пропитывание кожи передней брюшной стенки с формированием зоны некроза и флегмоны, что первоначально было как осложнение послеоперационной грыжи.

Список литературы:

1. **Бородач А. В.** Возможные факторы патогенеза острого калькулезного холецистита / В. А. Бородач // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – С. 41–47.
2. **Гурьянова Н. Е.** Заболеваемость взрослого населения Удмуртской Республики болезнями органов пищеварения за 2010–2019 годы / Н. Е. Гурьянова, А. Р. Балагатинов, А. В. Попов // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2020. – № 1. – С. 35–39.
3. **Гурьянова Н. Е.** Общая заболеваемость населения Удмуртской Республики болезнями органов пищеварения и ее прогноз / Н. Е. Гурьянова // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2020. – № 4. – С. 24–27.
4. Желчный пузырь, расположенный внепеченочно на длинной брыжейке / Ю. С. Винник, С. В. Миллер, С. П. Мухин, Е. В. Серова // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – С. 111–112.
5. **Злобин И. А.** Клинический случай бессимптомного течения хронического калькулезного холецистита / И. А. Злобин, Е. С. Титова, А. В. Багаутдинова // *Трудные*

и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике. – Ижевск, 2020. – С. 129–130.

6. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение / А. Г. Бабуришвили, Е. Н. Зюбина, А. Н. Акинчиц, Ю. И. Веденин // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – С. 18–21.

7. **Попова Н. М.** Уровень комплаентности пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта / Н. М. Попова, С. С. Широбокова, А. Д. Камышева, Н. Е. Гурьянова // *Modern Science.* – 2020. – № 12–2. – С. 319–322.

8. **Стяжкина С. Н.** Хирургическое лечение острого холецистита у беременной / С. Н. Стяжкина, М. Л. Черненко, А. И. Сафиуллина // *Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике.* – Ижевск, 2020. – С. 159–160.

9. **Хатибова Р. И.** Изучение распространенности желчно-каменной болезни среди пациентов хирургического профиля / Р. И. Хатибова, Э. И. Ярулина // *Современные аспекты медицины и биологии.* – Ижевск, 2018. – С. 152–153.

10. **Хохлачева Н. А.** Консервативная терапия пациентов с желчнокаменной болезнью / Н. Е. Хохлачева // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов.* – 2020. – № 1. – С. 63–68.

УДК 616.66-007.26.06

Ж.О. Атакулов, А.М. Шамсиев, Ш.А. Юсупов

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
Кафедра детской хирургии № 1**АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕТСТВЕ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ**

Атакулов Жамшед Останоклович – профессор кафедры; **Шамсиев Азамат Мухитдинович** – профессор кафедры; **Юсупов Шухрат Абдурасулович** – заведующий кафедрой; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, д. 18, e-mail: shuchrat_66@mail.ru

В статье представлены результаты лечения 34 пациентов с гипоспадией. Для обследования пациентов использовались диагностические методы, включавшие общеклинические методы обследования, лабораторные, инструментальные и физикальные методы и анкетирование. Разработана диагностическая программа для оценки результатов лечения пациентов с гипоспадией. Удалось улучшить результаты лечения гипоспадии, качество жизни оперированных больных.

Ключевые слова: гипоспадия; анкетирование; уретропластика; эректильная дисфункция

J.O. Atakulov, A.M. Shamsiev, Sh.A. Yusupov

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Pediatric Surgery No. 1**ADAPTATION OF PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY FOR HYPOSPADIA IN CHILDHOOD**

Atakulov Jamshed Ostanokulovich – professor of the department; **Shamsiev Azamat Mukhitdinovich** – professor of the department; **Yusupov Shukhrat Abdurasulovich** – head of the department; 140100, Samarkand, ul. Amira Temura, 18; e-mail: shuchrat_66@mail.ru

The article presents the results of treating 34 patients with hypospadias. To examine patients, diagnostic methods were used, including general clinical methods of examination, laboratory methods, instrumental and physical methods and questionnaires. A diagnostic program has been developed to evaluate the results of treatment of patients with hypospadias. We were able to improve the results of treating hypospadias and the quality of life of operated patients.

Key words: hypospadias; questionnaires; urethroplasty; erectile dysfunction

Проблема гипоспадии имеет не только медицинский, но и социальный аспект, связанный с репродуктивной способностью мужчин [2, 4, 10, 12]. Следовательно, окончательный

вывод об эффективности оперативного лечения мальчиков с гипоспадией можно сделать только после достижения ими взрослого периода [6, 7, 8].

Пациенты после оперативного вмешательства, как правило, через 2–3 года исчезают из поля зрения лечащего врача. Таким образом, до начала половой активности, вступления в брак и рождения детей состояние здоровья, а также качество жизни пациентов до сих пор не были изучены. В настоящее время точно не определены критерии оценки отдаленных результатов лечения и качества жизни таких пациентов.

В медицине последних трех десятилетий широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяющий дать глубокий многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных состояний больного [5].

До сих пор в доступной литературе отсутствуют сведения о психофизиологическом и медико-социальном статусе пациентов, перенесших уретропластику в детстве по поводу гипоспадии. Не изучалось качество жизни пациентов, достигших пубертатного периода и старше. Поэтому разработка программного подхода для оценки качества жизни прооперированных в детском возрасте по поводу гипоспадии с учетом индивидуальных особенностей патологического процесса у каждого конкретного пациента является без сомнений актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты лечения гипоспадии посредством оценки качества жизни оперированных пациентов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 34 пациентов в возрасте от 14 лет и старше с гипоспадией. Эти пациенты проходили обследование и лечение в отделении урологии 2 клиники Самаркандского государственного медицинского института.

Для обследования больных использовался широкий спектр диагностических методов, включавших как стандартные методы, так и специальные методики.

Общеклинические методы обследования: беседа с больным и его половым партнером; сбор общего и сексологического анамнеза; осмотр и физикальное обследование; общая оценка урологического статуса; исследование наружных половых органов.

Проведено анкетирование пациентов по «шкале восприятия полового члена»; определен международный индекс эректильной функции (МИЭФ); проведена количественная оценка мужской копулятивной функции (МКФ) и оценка нервно-психического статуса.

Лабораторные методы включали общий анализ крови и мочи; биохимический анализ крови с определением функциональных показателей почек и печени; анализ эякулята для определения фертильности.

Проводились инструментальные и физикальные методы: ультразвуковое сканирование органов мочевой и половой систем; рентгенологическое исследование органов мочевой и половой систем.

Для оценки состояния половой функции пациентов нами проводились собеседования по определенному плану. Задавались вопросы о возрасте, образовании, семейном положении. Особенно тщательно собирали сексологический анамнез, отмечая особенность становления и время начала половой жизни, выраженность либидо, частоту и продолжительность половых сношений, а также возможные психотравмирующие воздействия. При сборе сексуального анамнеза обращали внимание на сохранность спонтанных эрекций, указывающую на отсутствие органического поражения эректильной функции.

Анализировали данные общего и сексологического анамнеза, а также состояние копулятивной функции. Получали информацию о характере взаимоотношений с половым партнером, предшествующих консультациях, о лечебных мероприятиях и их эффективности.

Беседа с половым партнером пациента была важна как для уточнения характера и степени выраженности нарушения, так и для успеха терапии при ее необходимости. К сожалению, из-за менталитета нашего народа пациенты являлись на обследование без половых партнёров.

Диагностический процесс начинался с подробного анализа жалоб пациента, сбора анамнеза, заполнения «Анкеты лица с гипоспадией в анамнезе», получения сведений о состоянии здоровья пациента в целом и его нервно-психического статуса. Обследование пациентов начинали с опроса, при котором подробно выясняли жалобы и характерные симптомы нарушения мочеиспускания: затрудненное, тонкой струёй, струёй, направленной не вдоль оси полового члена, разбрызгиванием струи.

Все данные опроса и субъективной оценки полового члена, акта мочеиспускания и сексуальной жизни пациента вносились в шкалу восприятия полового члена, состоящую из трёх оценочных шкал-таблиц (табл. 1, 2).

Таблица 1. Шкала восприятия полового члена. Оценка внешнего вида наружных половых органов

Внешний вид (оценка пациента)	Внешний вид (оценка врача)	Внешний вид 1 (объективные данные)
1. Очень плохо (жизненная проблема). 2. Плохо (согласен оперироваться ради лучшего косметического результата). 3. Удовлетворительно (жить можно, но если было бы возможно, то хотел бы лучше). 4. Хорошо (исправлять ничего не хочу). 5. Отлично (никаких проблем) Примечание: Перечислить что не устраивает.	1. Очень плохо (жизненная проблема). 2. Плохо (согласен оперироваться ради лучшего косметического результата). 3. Удовлетворительно (жить можно, но если было бы возможно, то хотел бы лучше). 4. Хорошо (исправлять ничего не хочу). 5. Отлично (никаких проблем) Примечание: Перечислить что не устраивает.	1. Расположение меатуса: а) головка; б) венечная борозда; в) под венечной бороздой; г) ствол полового члена; д) мошонка, промежность. 2. Крайняя плоть: а) сохранена; б) не сохранена. 3. Форма головки: а) маленькая; б) большая; в) плоская; г) конусовидная. 4. Половой член: а) выпрямлен; б) искривлён. 5. Размеры полового члена: а) длина; б) окружность. 6. Мошонка: 1) а) есть яички; б) нет одного; в) нет двух. 2) а) нет расщепления мошонки; б) есть расщепления мошонки. 7. а) есть послеоперационные рубцы; б) нет послеоперационных рубцов; в) есть избыток кожи; г) нет избытка кожи; д) есть свищи; е) нет свищей. 8. Фото или рисунок полового члена.

Оценка мочеиспускания пациентом (субъективная):

1. Отлично, никаких проблем.
2. Есть проблемы:
 - а) тонкая струя;
 - б) разбрызгивание струи;
 - в) придание особого положения половому члену;
 - г) мочеиспускание сидя;
 - д) наличие свищей;
 - е) струя направлена не вдоль оси полового члена.

Оценка сексуальной жизни пациента:

1. В каком возрасте был первый сексуальный опыт?

2. Были ли проблемы с началом сексуальной жизни?

- а) нет;
- б) да
если «да», то какие?

3. Как Вы оцениваете Вашу сексуальную жизнь?

- а) очень плохо (жизненная проблема);
- б) плохо (согласен оперироваться ради лучшего косметического результата);
- в) удовлетворительно (но если было бы возможно, то хотел бы лучше);
- г) хорошо (исправлять ничего не хочу);
- д) отлично (никаких проблем).

Примечание: перечислить что не устраивает.

Таблица 2. Шкала количественной оценки мужской копулятивной функции (МКФ)

Возраст: _____

Показатель	Количественная оценка					
	0	1	2	3	4	5
1. Как часто возникало желание иметь половое сношение (независимо от эрекции)?*	Не возникало	1–2 раза	3–4 раза	2–3 раза в неделю	Почти ежедневно	Ежедневно
2. Как часто возникали спонтанные (не связанные с половой активностью) эрекции?*	Не возникало	Несколько раз	2–3 раза в неделю	4–5 раз в неделю	Ежедневно	Ежедневно многократно
3. Когда последний раз совершали или были способны совершить повторное половое сношение в течение суток?	Никогда	В возрасте от 25 до 35 лет	В возрасте от 35 до 50 лет	Способен в настоящее время	Практикую эпизодически	Практикую постоянно

Окончание таблицы 2

Показатель	Количественная оценка					
	0	1	2	3	4	5
4. Какое настроение перед сношением?*	Из-за страха неудачи попыток не предпринимал	Из-за неуверенности ищущу предложение уклониться от сношения	Испытывал неуверенность, но от попыток не уклонялся	Неуверенности почти не испытывал	Неуверенности нет	Только жду наслаждения
5. Сколько попыток сношений удалось?*	Ни одна	Меньше половины	Больше половины	Подавляющее большинство	Все, за редким исключением	Все
6. Какова была эрекция при половых сношениях? *	Отсутствовала	В большинстве случаев была недостаточной для введения полового члена, пропадала перед введением или во время сношения	Для её возникновения требовалась активная стимуляция, была неполной, но обычно достаточной для сношения	Была иногда неполной, но вполне достаточной для сношения	Была полной за редким исключением	Всегда была полной
7. Какова была продолжительность половых сношений?*	Нельзя определить из-за отсутствия семяизвержения при сношениях	Более 15 мин (непрекращающиеся фрикции) или несколько секунд	Явно излишняя или около 3 секунд	Излишняя или около 3 минут	От 3 до 6 минут	Могу её регулировать
8. Каким было семяизвержение?*	Оно отсутствовало при сношениях	Наступало не при каждом сношении	Низко интенсивным (вытекание эякулята) или болезненным	Умеренно-интенсивным	Интенсивным	Крайне интенсивным
9. Каким был оргазм?*	Отсутствовал при семяизвержении	Наступал не при каждом семяизвержении	Низко интенсивным	Умеренно-интенсивным	Интенсивным	Крайне интенсивным
10. Сколько завершенных (независимо от их качества) половых сношений	Ни одного	От 1 до 3 раз	1–2 раза в неделю	2–3 раза в неделю	3–4 раза в неделю	Ежедневно
11. Сколько произошло семяизвержений (при сношении, поллюции, онанизме и др.)?*	Ни одного	От 1 до 3 раз	1–2 раза в неделю	2–3 раза в неделю	4–6 раз в неделю	Ежедневно одно или несколько
12. Как давно существует расстройство половой функции?	С начала половой жизни	От 10 до 20 лет	От 1 года до 10 лет	Не отмечаю существенно-го расстройства	Не отмечаю какого-либо расстройства	Не задумывался о возможности расстройства
13. Как Вы оцениваете свою половую функцию в течение последнего месяца?	Полностью отсутствовала	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Хорошо-отлично	Отлично

Примечание: * – в течение последнего месяца

Клиническое обследование заключалось в оценке общего состояния пациента и выявлении симптомов заболевания, способных вызвать нарушения сексуальной функции. Оно проводилось по стандартным методикам.

Эректильную дисфункцию классифицировали по степени выраженности (легкая, средняя, тяжелая) и причинам ее возникновения: психогенная, органическая, смешанная (сочетание психических и органических факторов).

При преждевременной эякуляции ее классифицировали по длительности коитуса (I–V степень), по причинам возникновения (психогенная, органическая, комбинированная), по постоянству возникновения (постоянная, эпизодическая), в зависимости от условий коитуса (абсолютная, избирательная) и по периоду манифестации (изначальная, приобретенная).

Инструментальные и физикальные методы. Ультразвуковое исследование почек и мочевого

пузыря имеет значение для выявления или доказательства отсутствия патологии со стороны верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Прежде всего, это связано с тем, что наличие явной аномалии развития на уровне какой-либо зоны мочеиспускательного тракта требует исследования всех его отделов – почек, мочевого пузыря. УЗИ позволяло выявить наличие сопутствующих заболеваний или осложнений (камни, кисты и др.) со стороны почек, мочеточника и мочевого пузыря. При сохраненном пассаже мочи по уретре исследовали наличие или отсутствие остаточной мочи, что позволяло судить о степени функциональной состоятельности детрузора и опосредованно – о степени инфравезикальной обструкции (ИВО).

Таким образом, в работе использовался комплекс клинических, клинико-физиологических, лабораторных, психофизиологических и психологических методик исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Разработана диагностическая программа для оценки результатов лечения пациентов с гипоспадией, которая включает в себя анамнез, из которого можно получить важные сведения об удовлетворенности внешним видом наружных половых органов, функциональным состоянием репродуктивных возможностей и данные о проведенных хирургических вмешательствах. Необходимо выявить функциональные нарушения уродинамики на основании характеристики мочевой струи. При сборе анамнеза необходимо уточнить информацию о медицинских реабилитационных мероприятиях, выполненных пациентом в послеоперационном периоде.

При клиническом обследовании 34 пациентов, включающем осмотр и пальпацию наружных половых органов, оценивали форму, размеры полового члена, расположение меатуса, состояние кавернозных тел, наличие послеоперационных рубцов, кожных выступов, подвешок, состояние мошонки и яичек. Отставание в развитии наружных половых органов выявлено у 2 пациентов (5,9%). В проведенных лабораторных и биохимических анализах крови, мочи, а также ультразвуковых исследованиях существенных отклонений от нормы не выявлено. На основании восходящей контрастной уретрографии стриктура неоуретры выявлена у 4 (11,8%) обследованных, которые устранены путем бужирования.

Исследование эякулята у 8 пациентов в возрасте от 19 до 25 лет выявило олигоспермию – у 2 (25%), а у одного – азооспермию. В анкетировании для определения качества жизни участвовали 17 пациентов, из них у 13 обследуемых (76,5%) не обнаружены существенные изменения в качестве жизни. У 4 (23,5%) выявлены некоторые факторы, снижающие качество жизни, несмотря на то, что коррекция гипоспадии была выполнена успешно.

Использование предлагаемой шкалы мужской копулятивной функции дает возможность количественно и с высокой степенью достоверности оценить состояние копулятивной функции мужчины в целом, выявить нарушения и их выраженность, провести структурный анализ повреждения и дифференцировать чисто психогенный его генез от преимущественно органического, а также определить отношение пациента к сексуальной дисфункции.

Количественная оценка мужской копулятивной функции учитывает статистические данные о сексуальных проявлениях мужчин, динамику их возрастных изменений, а также особенности половой конституции мужчины.

Оценка данных мочеиспускания, косметических и психосексуальных результатов 34 обследованных дала следующие результаты. Хотя оценка косметических результатов со стороны исследователей была хорошей, удовлетворены внешним видом полового члена были только 16 (47,1%) пациентов. Половая активность соответствовала возрасту в старшей группе (старше 20 лет). У всех обследованных удовлетворенность в большей степени зависела от субъективных ощущений, чем от анатомических результатов (рис.).

На момент осмотра у 31 (91%) обследованных наружное отверстие уретры располагалось на головке, у 30 (88%) искривлений полового члена не было, у 4 (11,8%) пациентов наблюдалось затруднение при мочеиспускании, 12 (35%) считали форму своего полового члена ненормальной из-за размеров или наличия рубцов.

Таким образом, в схему медицинской реабилитации для улучшения качества жизни необходимо включить психологическую работу с пациентами с раннего детства до вхождения во взрослую жизнь. Это даст возможность контролировать психоэмоциональное состояние пациента, повысить его самооценку и адаптировать его в социуме.

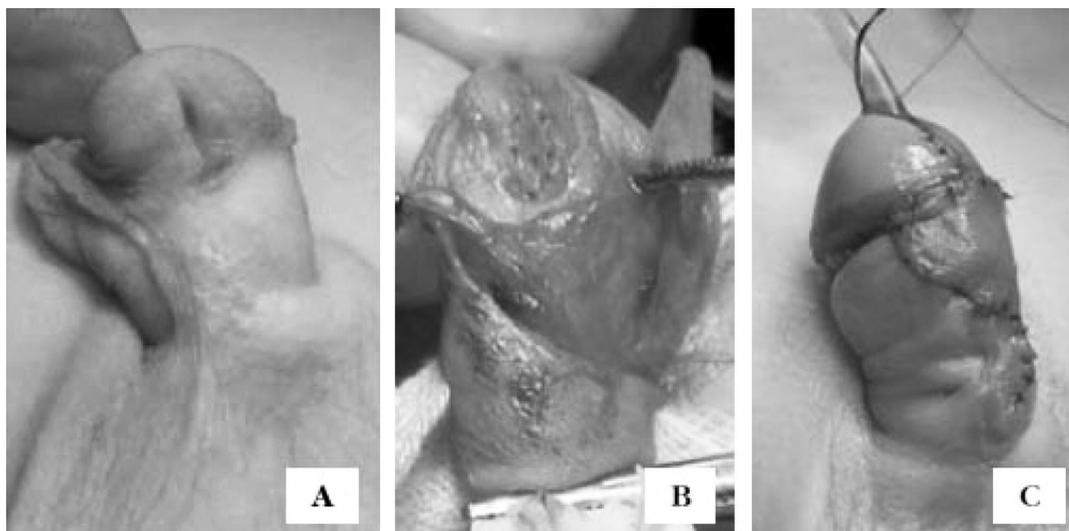


Рис. А. Венечная форма гипоспадии. В. Ход операции. С. После операции.

Предложить органам здравоохранения внедрить программу преемственности наблюдения за пациентами, оперированными по поводу различных форм гипоспадии в детстве. Диспансерный контроль уролога-андролога за пациентами с тяжёлой деформацией кавернозных тел в пубертатном периоде позволит активно и своевременно выявить остаточную деформацию и провести коррекцию искривления.

Выводы. 1. В результате проведенного исследования отличное качество жизни наблюдалось у 4 (17,4%), хорошее – у 9 (39,1%) и удовлетворительное – у 10 (43,5%) из 23 тестированных респондентов.

2. Коррекцию гипоспадии необходимо провести до трехлетнего возраста, так как соотношение размеров кавернозных тел и запаса пластического материала в это время оптимальны и именно после трёх лет происходит процесс полового развития личности, когнитивное и эмоциональное развитие.

3. Стандарт обследования пациентов, оперированных по поводу гипоспадии в детском возрасте и достигших пубертатного периода, должен включать социальную, психо-сексуальную и репродуктивную функции пациента.

Список литературы:

1. Ковальчук В. И. Особенности хирургического лечения гипоспадии у детей / В. И. Ковальчук, Т. В. Ковальчук-Болбатун. – 2020.
2. Новик А. Л. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. Л. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад.

РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 2-е издание. – 320 с.

3. Программный подход для оценки качества жизни лиц с гипоспадией в анамнезе / Д. О. Атакулов [и др.] // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. – 2014. – Т. 2, №. 7. – С. 106–107.

4. Продеус П. П. Гипоспадия / И. И. Продеус, О. Н. Староверов. – М.: Медсервис, 2003. – 189 с.

5. Результаты хирургического лечения стволовых форм гипоспадии у детей / Ж. А. Шамсиев [и др.] // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. – 2014. – Т. 2, №. 7. – С. 102–103.

6. Файзулин А. К. Перспективы лечения гипоспадии / А. К. Файзулин, Н. В. Демин, В. М. Прокопьев // Материалы всероссийского конгресса по андрологии. – Сочи ОК «Дагомыс», 2007. – С. 56.

7. Шамсиев Ж. А. Результаты лечения передних форм гипоспадии у детей / Ж. А. Шамсиев, Ф. Э. Рахимов, Д. О. Атакулов // Academy. – 2020. – №. 5 (56).

8. Ширяев Н. Д. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей: монография / Н. Д. Ширяев, И. М. Каганцов. – Сыктывкар, 2012. – Часть I. Гипоспадия. – 144 с.

9. Baskin L. What is hypospadias? / L. Baskin // Clinical pediatrics. – 2017. – Т. 56, № 5. – С. 409–418.

10. Gong E. M. Current challenges with proximal hypospadias: we have a long way to go / E. M. Gong, E. Y. Cheng // Journal of pediatric urology. – 2017. – Т. 13, № 5. – С. 457–467.

11. Kraft K. H. Hypospadias / K. H. Kraft, A. R. Shukla, D. A. Canning // Urologic Clinics. – 2010. – Т. 37, №. 2. – С. 167–181.

12. Results of surgical treatment of hypospadias in boys in the community of independent states / S. A. Yusupov [et al.] // Медицинское образование сегодня. – 2020. – №. 3. – С. 51–57.

13. Results of surgical treatment of hypospadias in boys / Y. A. Shukhrat [et al.] // Academy. – 2020. – № 5 (56).

14. Van der Horst H. J. R. Hypospadias, all there is to know / H. J. R. Van der Horst, L. L. De Wall // European journal of pediatrics. – 2017. – Т. 176, №. 4. – С. 435–441.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

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

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

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

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

3. В начале первой страницы указывают УДК, ниже инициалы и фамилии авторов (курсивным начертанием). Далее шрифтом *Times New Roman* 14 указывается место работы всех авторов, полужирными прописными – название статьи. Под названием – фамилия, имя, отчество, должность, ученые степень и звание авторов, а также корреспондентский почтовый адрес, телефон, адрес электронной почты основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее все эти данные на английском языке.

4. Статья может быть опубликована на русском или английском языке.

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

6. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений

статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Курсивным начертанием ключевые слова или словосочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *TIFF*. Рисунки должны быть четкими и иметь название. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка.

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

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены.

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

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.0.100-2018 и должен составлять не менее 6–8 источников. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

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

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

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

Электронная почта: hde_fu_journal@mail.ru

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography and Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning topical issues of public health organization, social medicine, demography, ecology and training of health care professionals; it discusses a wide range of problems of clinical medicine and innovative methods of treatment.

The article should be presented according to the following rules:

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

2. *The article should be printed on one side of a sheet of paper using Times New Roman font 14. Line spacing is 1.5. Margins: upper and lower – 2 cm, right – 1 cm, left – 3 cm. Recommended volume of original scientific research is 5 pages (up to 9 000 symbols), editorials and review articles should be limited to 10 pages (up to 18 000 symbols).*

3. *The first page of the manuscript should begin with the UDC followed below by italicized authors' initials and surnames. The next line should contain the place of work for each author. The title of the article is written below in bold type capital letters. The title is followed beneath by authors' full names, job titles and degrees, as well as the phone number, postal address and e-mail address of the corresponding author.*

4. *The article can be published in Russian or English.*

5. *The structure of the article should include: a brief introduction, which gives the background to the research question, the aim of the study, materials and methods, the results of the research and their discussion, conclusion and references.*

6. *The abstract of the article (up to 7 lines) should provide understanding of the article's main*

points. Keywords (words or word combinations) are obligatory; they should be written in italics and separated by semicolons.

7. *The volume of image data should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrasty, maximum size is 168×250 mm (TIFF format). Figures must be clear and have titles. All figures should be cited in the manuscript in a consecutive order.*

8. *Tables (printed in font 10) must be numbered, have titles and clear-cut columns and rows. They should contain only necessary findings: summarized and statistically processed data.*

9. *All mathematical formulas should be checked thoroughly.*

10. *Citations of references in the text should be identified using numbers in square brackets. The numbers should correspond to the list of references made in alphabetical order.*

11. *The list of references should include at least 6-8 items and be written according to the State Standards (GOST 7.0.100-2018). The author is responsible for data accuracy.*

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

13. *The editorial board reserves the right to abridge and edit submitted articles.*

14. *Rejected articles are not given back to the authors.*

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru.