



ISSN 1994-8921

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

**№1
2020**

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 • 2020

IZHEVSK • 2020

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

EDITORIAL BOARD

A.Ye. Shklyayev (*Russian Federation*), *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. Чампан** (Словакия); **А.М. Шамсиев** (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*); **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, 2018

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 29.05.2020. Подписано в печать 15.05.2020.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 6,5. Уч.-изд. л. 4,9.
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

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, Н.А. Дзюба
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕМПЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И АЛИМЕНТАРНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2013–2019 гг. 7

O.O. Zakharchenko, D.S. Terentyeva, N.A. Dzyuba
PREVALENCE AND RATES OF CHANGE OF BEHAVIORAL AND ALIMENTARY-BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES ACCORDING TO THE DATA OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION FOR THE PERIOD 2013–2019 7

А.А. Бурт
ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 11

A.A. Burt
PSYCHONHYGIENIC ASPECTS OF MEDICAL STUDENTS' MEDIA CONSUMPTION 12

Н.М. Попова, В.Н. Савельев, Л.Л. Шубин, А.М. Шабардин, А.В. Попов
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2014–2018 гг. 15

N.M. Popova, V.N. Saveliev, L.L. Shubin, A.M. Shabardin, A.V. Popov
THE MORBIDITY RATE IN THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC IN 2014–2018 15

Б.Х. Каландаров, Н.Б. Юлдашева
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ 19

B.Kh. Kalandarov, N.B. Yuldasheva
IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF MANAGING PATIENTS WITH DEPRESSION IN THE CLINIC 20

Н.А. Перцева, П.В. Гуськов, Н.М. Попова, М.Е. Вострокнутов
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 22

N.A. Pertseva, P.V. Guskov, N.M. Popova, M.Ye. Vostroknutov
ANALYSIS OF MORTALITY IN PENAL INSTITUTIONS OF THE UDMURT REPUBLIC 22

С.И. Индиаминов, А.Ж. Усаров, А.Ф. Асатулаев, О.Э. Махмудов
СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ, ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 24

S.I. Indiaminov, A.Zh. Usarov, A.F. Asatulaev, O.E. Makhmudov
DEATH STRUCTURE ACCORDING TO THE DATA OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS 24

М.А. Иванова, О.В. Романова, О.В. Обухова, Н.М. Попова, В.А. Мерзляков
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 28

M.A. Ivanova, O.V. Romanova, O.V. Obukhova, N.M. Popova, V.A. Merzlyakov
ECONOMIC ASPECTS OF PREVENTING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS 28

ДЕМОГРАФИЯ

Н.Н. Иванова
ИЖЕВСКИЙ ОРУЖЕЙНЫЙ ЗАВОД В ОПИСАНИИ ЗАВОДСКОГО ВРАЧА И.И. АНДРЖЕВСКОГО 33

N.N. Ivanova
IZHEVSK WEAPON FACTORY IN THE DESCRIPTION OF THE FACTORY DOCTOR I.I. ANDRZHEVSKY 33

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов, Ю.И. Галиханова, А.С. Пантюхина, В.Г. Иванов, А.А. Пашина
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ СЕРОТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОВ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА 38

A.E. Shklyayev, Yu.V. Gorbunov, Yu.I. Galikhanova, A.S. Pantyukhina, V.G. Ivanov, A.A. Pashina
TYPE 2 DIABETES: FEATURES OF SEROTONIN CONTENT IN BLOOD SERUM IN CASE OF CONCOMITANT GASTROINTESTINAL PATHOLOGY 38

Д.К. Мухаббатов, М.К. Гулов, Ш.А. Каримов, Д.Д. Давлатов, Б.М. Хамроев
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕТРОРЕКТАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ 41

D.K. Mukhabbatov, M.K. Gulov, Sh.A. Karimov, D.D. Davlatov, B.M. Khamroev
SURGICAL TREATMENT OF ACUTE RETRORECTAL PARAPROCTITIS 42

*А. Е. Шкляев, Д. Д. Казарин, Е. Л. Баженов,
Ю. В. Горбунов*
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИС-
ТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРАДИКА-
ЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СА-
ХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 46

*A. E. Shklyayev, D. D. Kazarin, E. L. Bazhenov,
Yu. V. Gorbunov*
MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE GAS-
TRIC MUCOSA DURING ERADICATION THE-
RAPY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ... 46

*Э. В. Халимов, А. Ю. Михайлов, А. Ю. Веретен-
никова, З. И. Загидуллин*
ЛФК В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРА-
ЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ... 49

*E. V. Khalimov, A. Yu. Mikhailov, A. Yu. Vereten-
nikova, Z. I. Zagidullin*
REHABILITATION EXERCISES IN EARLY
POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH
POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA 49

*А. Е. Шкляев, Ю. В. Горбунов, Ю. И. Галиханова,
К. В. Максимов*
ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ПИТЬЕВОЙ ВО-
ДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС
СТУДЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИС-
ПЕПСИЕЙ 52

*A. E. Shklyayev, Yu. V. Gorbunov, Yu. I. Galikhano-
va, K. V. Maximov*
INFLUENCE OF DRINKING WATER TEMPER-
ATURE ON PSYCHOEMOTIONAL STATE STU-
DENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA 52



Уважаемые коллеги, читатели журнала!

9 мая мы отмечаем 75-летие Победы Советского народа и союзников над фашизмом. Все народы Европы, включая финно-угорские, были вовлечены в самую кровопролитную войну. Великая Отечественная война 1941–1945 гг. стала тяжелым испытанием для нашей страны и всех народов СССР. Героизм стал массовым и нормой поведения советских граждан.

Медики в годы Великой Отечественной войны проявили героизм, стойкость и мужество не меньше, чем солдаты, моряки, летчики и работники тыла. Не было легкого поста, должности, места работы – каждый из медицинских работников внес свою лепту. Медики научились эффективно работать и в условиях обороны (отступления), и в наступлении, и при стремительных прорывах на большую глубину фронта. Врачи, фельдшера, медсестры и санитары поставили на ноги более 17 миллионов солдат и офицеров Красной армии – 72,3 % раненых и 90,6 % заболевших возвратились в строй.

22 июня 1941 года в Ижевском медицинском институте началась научная сессия, посвященная итогам работы за год. Утреннее заседание началось в 10 часов утра. «Уже был заслушан ряд докладов, когда вдруг секретарь вызвала председателя конференции директора института проф. Н.Ф. Рупасова из аудитории. После недолгого отсутствия он вошел, и присутствующие по его виду поняли, что случилось что-то страшное. Николай Федорович прервал заседание и сказал: «Товарищи, фашистская Германия напала на нашу страну. Работа наша перестраивается».

В первые дни на фронт была мобилизована большая часть врачей – 48 преподавателей и сотрудников института. В последующие годы их число пополнялось за счет сотрудников и студентов – мужчин, 49 преподавателей и выпускников отдали жизнь за Родину.

На территории Советского Союза начала проводиться эвакуация студентов и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов на территорию, свободную от захватчиков, в том числе Удмуртию – Ижевский медицинский институт – для дальнейшего обучения и досрочного выпуска специалистов. Так наш институт принял в свои стены студентов из Ленинградского, Смоленского, Казанского, Свердловского, Киевского, Московского, Витебского, Одесского, Винницкого, Симферопольского, Минского медицинских институтов. За годы войны, несмотря на крайне сложные условия работы вуза, было осуществлено пять выпусков. Страна получила 762 врача, большинство из них были направлены в действующую армию и тыловые госпитали.

Сотрудники и студенты института привлекались для работы на машиностроительном заводе, в подсобном хозяйстве, на заготовке дров, овощей, на разгрузке зерна, расчистке от снега взлетной полосы аэродрома для военных самолетов и т.д. Для обеспечения учебного процесса, создания нормальной температуры в учебных помещениях студенты доставляли топливо (дрова, торф) с торфопереработки на реке Позимь – ручными колясками (пешком более 8 км). Был составлен график оборота в сутки – 45 колясок. Ввиду неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки из-за скученности за счет эвакуированного населения в городе, в том числе в общежитиях, преподаватели и студенты занимались организацией среди населения противоэпидемических мер.

Ощутимую помощь фронту оказали профсоюзная и комсомольская организации института, которые проводили сборы материальных средств на производство оружия, строительство танков (1942г. – 220 тыс. руб., 1943 г. – 220 тыс. руб.) и самолета «Медик Удмуртии» (165 тыс. руб.). В фонд обороны собрано 1725 теплых вещей. Для Сталинграда отправлено 27 тонн медоборудования.

Удмуртия в годы войны стала базой для создания сети тыловых госпиталей, которые были открыты в Ижевске, Сарапуле, Можге, Воткинске, Глазове, Камбарке, а также разместились вблизи желез-

нодорожных станций – в Балезино, на Областной, Чепце, в Пудеме, Кезу, Малой Пурге, Пычасе, Яру, Кизнере и Уве. Всего в республике развернули более 50 госпиталей. Для работы привлекли более 400 медицинских работников, в том числе 46 лучших хирургов.

Значительный вклад в работу эвакуогоспиталей внесли студенты Ижевского медицинского института. Студенты встречали эшалоны с ранеными и доставляли их в госпитали, в свободное от учебы время дежурили вместе с преподавателями в госпиталях, сдавали кровь, выполняли операции, заменяя врачей у хирургических столов. Благодаря напряженному труду медицинских работников, слаженной организации работы в строй возвращено 60% раненых.

В институте проводилась большая научно-исследовательская работа в связи с военным травматизмом. За военный период были защищены 5 докторских и 12 кандидатских диссертаций.

В послевоенные годы перед здравоохранением страны и медицинской наукой были поставлены задачи в соответствии с мирным временем. Преподаватели, эвакуированные в наш институт в начале войны, вернулись в свои учебные заведения. Коллектив Ижевского мединститута начал пополняться новыми преподавательскими кадрами, бывшими фронтовиками.

В историю Великой Отечественной войны медики вписали множество ярких героических страниц, показав образцы мужества и преданности долгу. Институт свято чтит память своих сотрудников и выпускников, отдавших жизнь за Родину. На мемориале у главного входа в теоретический корпус ИГМА высечены фамилии тех, кто не вернулся с фронта: преподаватели С.М. Бидман, В.А. Королев, В.А. Лобанов, Л.Н. Лошкарев, В.С. Русских и 44 выпускника. В фойе актового зала размещена художественная галерея, где экспонируются портреты организаторов вуза, ученых, в том числе участников войны – профессоров А.М. Загребина, Г.Э. Шинского, В.Ф. Машагатова, В.С. Чудновой, доцентов Р.Н. Тетериной и Г.Г. Стерхова – первого директора Ижевского медицинского института, профессора Н.Ф. Рупасова – директора мединститута в годы войны, наркома здравоохранения Удмуртской АССР, доцента С.И. Ворончихина – главного хирурга эвакуационных госпиталей Наркомата здравоохранения УАССР, написанных заслуженным художником РФ, народным художником УАССР П.В. Ёлкиным.

В музее Ижевской государственной медицинской академии значительная часть экспозиции посвящена деятельности института в годы Великой Отечественной войны. Любой документ периода Великой Отечественной войны имеет большую ценность, т.к. является свидетельством патриотического подвига народа, его готовности на любую жертву во имя Победы. Имеется подлинная телеграмма Верховного Главнокомандующего с благодарностью сотрудникам института, собравшим денежные средства на строительство самолета «Медик Удмуртии».

Перед студентами раскрываются страницы биографии тех, кто, вернувшись с фронта, встал за преподавательскую кафедру. Новые поколения медиков извлекают уроки из прошлого, получают нравственные ориентиры, делают акцент на служение врачебному долгу, на этические нормы и правила врача. Студенты узнают о том, как была перестроена деятельность института с началом войны, о досрочном выпуске молодых врачей, большинство которых служило во фронтовых госпиталях.

Наш священный долг сохранить подвиг медиков в памяти грядущих поколений.

В этот светлый праздник 9 мая позвольте поздравить всех с Днем Победы, выразить бесконечную благодарность дорогим ветеранам фронта и тыла, пожелать здоровья, долгих лет жизни и всех благ. Желаю чтобы из поколения в поколение передавалась память о великом, многогранном ратном и трудовом подвиге наших соотечественников, предотвративших величайшим напряжением сил и огромным числом жертв общенациональную катастрофу, освободивших Родину, другие страны от фашизма 75 лет назад!

Мы – нынешнее поколение сотрудников и студентов – низко кланяемся их ратному подвигу, выдержке и героизму. Их имена всегда будут жить в наших сердцах.

Помним, гордимся, чтим...

Алексей Евгеньевич Шкляев

главный редактор, доктор медицинских наук,
профессор, и.о. ректора ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 614.2-084:614-036.12.2«2013-2019»

О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева, Н.А. Дзюба

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, г. Москва, Россия

Отделение научных основ организации первичной медико-санитарной помощи

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТЕМПЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И АЛИМЕНТАРНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2013–2019 гг.

Захарченко Ольга Олеговна — научный сотрудник; 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, тел.: 8-966-119-11-92, e-mail: zaharchenko@mednet.ru; Терентьева Дина Станиславовна — научный сотрудник; Дзюба Наталья Александровна — старший научный сотрудник

Представлен анализ распространённости поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска: нерациональное питание, избыточная масса тела, низкая физическая активность в Российской Федерации в целом и по федеральным округам и темпов ее изменения. Используются данные диспансеризации определённых групп взрослого населения за 2013–2019 гг.

Ключевые слова: диспансеризация; диспансеризация определённых групп взрослого населения; факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний; поведенческие факторы риска; избыточная масса тела; низкая физическая активность; нерациональное питание

O.O. Zakharchenko, D.S. Terentyeva, N.A. Dzyuba

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Department of Scientific Foundations for the Organization of Primary Medical Care

PREVALENCE AND RATES OF CHANGE OF BEHAVIORAL AND ALIMENTARY-BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES ACCORDING TO THE DATA OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION FOR THE PERIOD 2013–2019

Zakharchenko Olga Olegovna — researcher; 11 Dobrolyubova St., Moscow 127254, tel.: 89661191192, e-mail: zaharchenko@mednet.ru; Terentyeva Dina Stanislavovna — researcher of the Department of Scientific Foundations for the Organization of Primary Medical Care; Dzyuba Nataliya Alexandrovna — senior researcher of the Department of Scientific Foundations for the Organization of Primary Medical Care

The article presents an analysis of prevalence and rates of change of behavioral and alimentary-behavioral risk factors such as irrational nutrition, overweight, low physical activity in the Russian Federation as a whole and in Federal districts. The data of prophylactic medical examinations of certain groups of the adult population for the period 2013-2019 have been used.

Key words: prophylactic medical examinations; prophylactic medical examinations of certain groups of the adult population; risk factors for the development of chronic noninfectious diseases; behavioral risk factors; overweight; low physical activity; irrational nutrition

Выявление лиц с повышенным риском развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является одной из важнейших задач диспансеризации определённых групп взрослого населения (ДВН) и профилактических медицинских осмотров (ПМО). Особую роль играет выявление факторов риска (ФР), обусловленных образом жизни и поведенческими привычками, поскольку считается, что именно условия и об-

раз жизни более чем на 50% определяют здоровье и благополучие человека.

За последние шесть лет в литературе рассматривались итоги диспансеризации взрослого населения в различных аспектах как в целом по России, так и по отдельным субъектам или регионам. Анализировалась распространенность поведенческих факторов риска развития ХНИЗ, отмечалась высокая значимость выявления по-

веденческих ФР при диспансеризации [5,6,7]. Проводились исследования по выявлению ФР на уровне поликлиники, центра здоровья или города [2,3,4]. В большинстве исследований среди всех ФР первые места в рейтинге по распространённости занимают именно факторы риска, связанные с образом жизни человека: нерациональное питание (НП), избыточная масса тела (ИМТ) или ожирение, низкая физическая активность (НФА), курение [3,4]. Важно, что эти факторы относятся к модифицируемым, их неблагоприятное влияние поддаётся коррективке.

С 2013 года порядок диспансеризации взрослого населения претерпевал неоднократные изменения (приказы МЗ РФ № 1006 от 03.12.2012 г., № 36 ан от 03.02.2015 г., № 869 н от 26.10.2017 г., № 124 н от 06.03.2019 г.). Приказ МЗ РФ № 124 н от 06.03.2019 г. расширил охват населения профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией: теперь ПМО проводятся ежегодно для всех взрослых граждан России, диспансеризацию граждане 18–39 лет могут пройти 1 раз в три года, а начиная с 40 лет – ежегодно.

В данном исследовании в соответствии с порядками диспансеризации 2013–2018 гг. данные сгруппированы по двум трёхлетним циклам: 2013–2015 и 2016–2018 гг. [1]. Важно отметить, что порядки имеют существенные различия, и оставшиеся неизменными формы № 131 и № 131/о не всегда корректно позволяют отразить статистические итоги диспансеризации с 1 января 2019 года по настоящее время. Приведённые нами данные основаны на полученных из субъектов Российской Федерации сведениях.

Цель исследования: изучение распространённости и динамики поведенческих и алиментарно-поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (нерационального питания, низкой физической активности, избыточной массы тела) у взрослого населения Российской Федерации, по данным диспансеризации определённых групп взрослого населения за 2013–2019 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ отраслевых форм статистической отчетности № 131/о (утверждена Приказом Минздрава России от 18 июня 2013 г. № 382 н) и № 131 (утверждена Приказом Минздрава России от 6 марта 2015 г. № 87 н) за период 2013–2019 гг. по Российской Федерации. Использованы следующие методы исследования: статистический, аналитический.

Результаты исследования и их обсуждение. В целом по России прошли ДВН:

- в первом цикле (2013–2015 гг.) – 64,29 млн человек, что составило 53 % от численности всего взрослого населения на 1 января 2016 года, из них 44 % мужчин, 56 % женщин [1];
- во втором (2016–2018 гг.) – 65,40 млн человек, или 60 % от общей численности взрослого населения на 1 января 2018 г., из которых 42 % мужчин и 58 % женщин [1].
- в 2019 году – 25,21 млн человек, или 21,6 % от общей численности взрослого населения на 1 января 2019 г., из которых 41 % мужчин и 59 % женщин. Таким образом, несмотря на существенные отличия в доле охвата населения диспансеризацией, соотношение мужчин и женщин в обоих циклах и в 2019 году было примерно равное.

Наиболее распространённым из рассматриваемых нами ФР у населения России, прошедшего ДВН, является нерациональное питание (в среднем 27 % от общего числа обследованных), затем следует низкая физическая активность (20 %) и избыточная масса тела (18,5 %). Показатель распространённости НФА практически не зависит от пола, а НП больше распространено у мужчин. Распространённость ИМТ у мужчин выше, чем у женщин, на 2,8 % только в 2016–2018 гг. Сравнивая показатели первого и второго трёхлетних циклов ДВН в целом, отметим, что распространённость факторов риска ИМТ и НП повысилась на 0,2–4,3 %, а НФА – незначительно снизилась (на 0,5–0,6 %). Учитывая результаты ДВН 2019 года, отметим, что некоторая тенденция к снижению показателей сохраняется (рис. 1).



Рис. 1. Распространённость поведенческих ФР у граждан РФ, прошедших диспансеризацию (% от общего числа обследованных)

На рисунках 2–4 представлена распространённость поведенческих факторов риска по возрасту и полу на 10000 обследованного населения. Вне зависимости от пола распространённость ФР растёт с возрастом. Однако темпы изменения распространённости ФР внутри возрастных

групп имеют существенные различия: только в возрастной группе старше 60 лет у обоих полов наблюдается устойчивая тенденция к снижению распространённости всех рассматриваемых ФР. В возрастных группах 21–36 и 39–60 лет наблюдаются незначительные колебания.



Рис. 2. Распространенность низкой физической активности у граждан РФ, прошедших диспансеризацию, с распределением по возрасту и полу (на 10000 обследованного населения)



Рис. 3. Распространенность нерационального питания у граждан РФ, прошедших диспансеризацию, с распределением по возрасту и полу (на 10000 обследованного населения)



Рис. 4. Распространенность избыточной массы тела у граждан РФ, прошедших диспансеризацию, с распределением по возрасту и полу (на 10000 обследованного населения)

Существенные различия имеют темпы изменения распространённости ФР в ФО (рис. 5). Так, темпы изменения распространённости низкой физической активности во всех возрастных группах, независимо от пола, наиболее высокие в Южном и Сибирском ФО, а наиболее низкие в Северо-Западном ФО, это единственный округ, где у мужчин в возрасте 21–36 лет наблюдается отрицательная динамика показателя.

Положительная динамика показателя распространённости избыточной массы тела наблюдается у обоих полов во всех возрастных группах в ЮФО, а отрицательная – в СЗФО и ДФО. Причем только в этих двух округах наблюдается отрицательная динамика у мужчин в возрастной груп-

пе 21–36 и 39–60 лет, в остальных ФО значение показателя растёт от 3% до 59% и от 0% до 61% соответственно. В целом по России распространённость ИМТ возросла в этих возрастных группах на 21% и 16% соответственно (рис. 6).

Положительная динамика распространённости нерационального питания наблюдается у лиц обоего пола, во всех возрастных группах в Южном и Сибирском ФО, в Северо-Западном ФО – отрицательная также во всех возрастных группах. В остальных ФО снижение показателя наблюдается в возрастной группе старше 60 лет у обоих полов, за исключением Северо-Кавказского ФО, где у мужчин показатель возрос на 9%, а у женщин – на 14% (рис. 7).

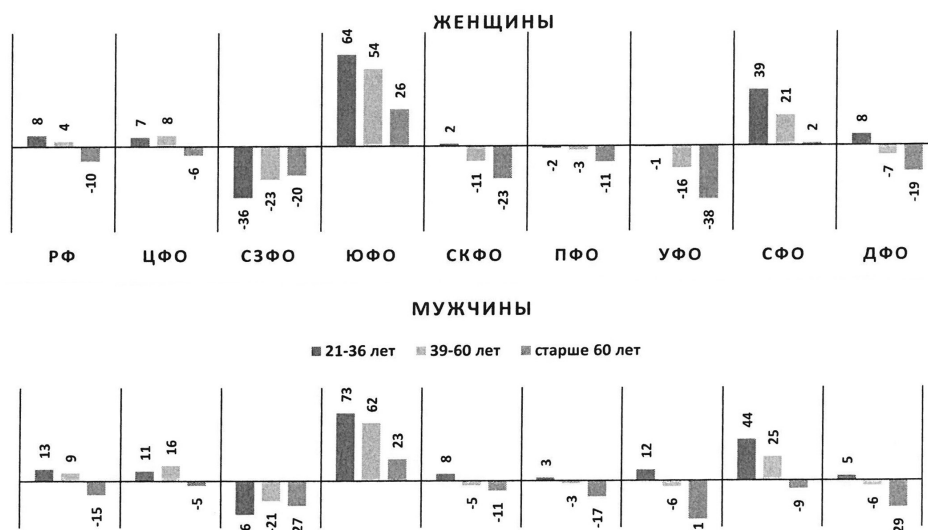


Рис. 5. Темпы изменения показателя низкой физической активности за 2013–2015 и 2016–2018 гг. у мужчин и женщин в Российской Федерации и федеральных округах (%)

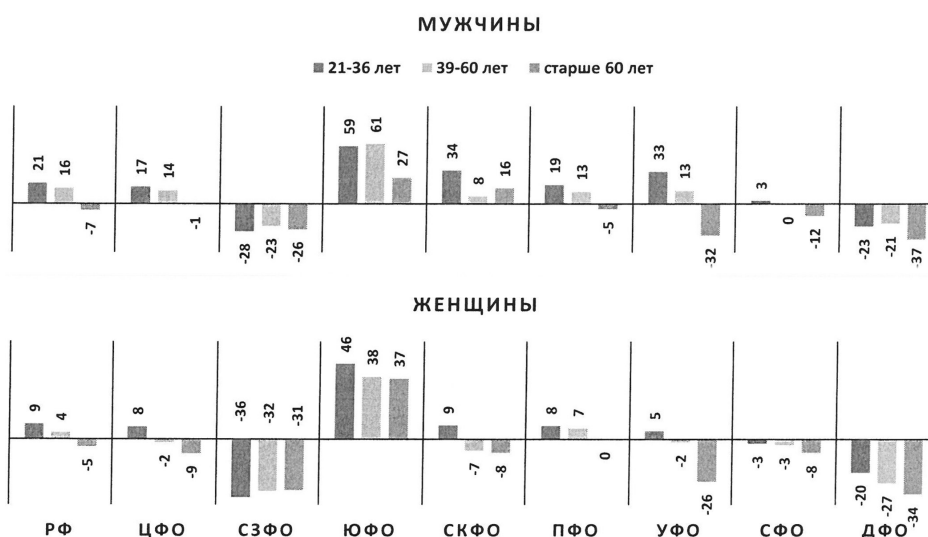


Рис. 6. Темпы изменения показателя избыточной массы тела за 2013–2015 и 2016–2018 гг. у мужчин и женщин в Российской Федерации и федеральных округах (%)

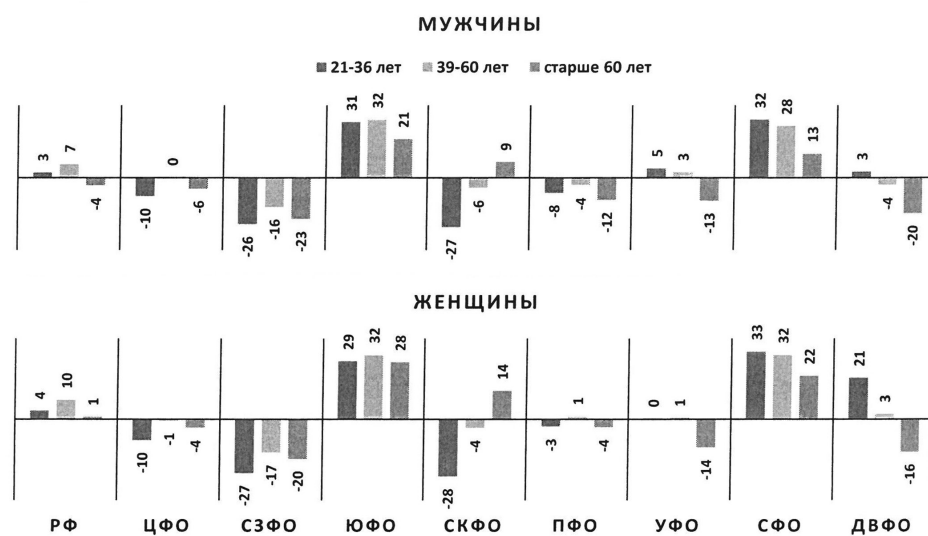


Рис. 7. Темпы изменения показателя нерационального питания за 2013–2015 и 2016–2018 гг. у мужчин и женщин в Российской Федерации и федеральных округах (%)

Выводы. 1. С 2013 по 2018 год ДВН прошло более 50% взрослого населения. В целом по России распространённость рассматриваемых нами факторов риска увеличивается с возрастом, а зависимость показателя от пола наблюдается не во всех возрастных группах.

2. В целом по Российской Федерации отмечена положительная динамика распространённости факторов риска «низкая физическая активность» и «избыточная масса тела» у мужчин в возрастной группе 21 год – 36 лет, а также «избыточная масса тела» в возрастной группе 39–60 лет, то есть у трудоспособного населения. В возрастной группе старше 60 лет преобладает отрицательная динамика по всем факторам риска.

3. Среди федеральных округов наибольшая распространённость исследуемых факторов риска в Южном федеральном округе. Темпы изменения показателей всех проанализированных факторов риска во всех возрастных группах независимо от пола возросли в Южном федеральном округе. В Сибирском федеральном округе отмечен положительный темп изменения распространённости фактора риска «нерациональное питание» и «низкая физическая активность». Наиболее благоприятная динамика складывается в Северо-Западном федеральном округе, где отмечается отрицательный темп изменения распространённости всех факторов риска у обоих полов во всех возрастных группах.

Список литературы:

1. Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013–2018 гг. :

информационно-аналитический обзор / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко и др.; ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – 2019. – 114 с.

2. **Киндрас М.Н.** Результативность диспансеризации здорового населения разного возраста / М.Н. Киндрас, Н.Г. Дементьева, А.Е. Ермакова // Современные стратегии и технологии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных разного возраста, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями: материалы международной научно-практической конференции / под редакцией Н.К. Горшуновой. – 2018. – С. 36–47.

3. Оценка влияния основных поведенческих факторов риска на развитие хронических неинфекционных заболеваний взрослого населения города Алматы / В.Ю. Байсугурова, Ж.М. Мейрманова, Б.С. Турдалиева, Г.Е. Аимбетова // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 4. – С. 482–484.

4. Оценка здоровья городских жителей по итогам диспансеризации и анализ её эффективности / Д.Л. Логунов, В.П. Панов, В.С. Лучкевич [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2017. – № 1 (62). – С. 29–35.

5. Профилактика онкологических заболеваний как основа взаимодействия онкологической службы с первичным звеном здравоохранения / Л.М. Александрова, В.В. Старинский, А.Д. Каприн, Ю.В. Самсонов // Исследования и практика в медицине. – 2017. – № 4 (1). – С. 74–80. – DOI: 10.17709/2409-2231-2017-4-1-10.

6. **Бидучак А.С.** Оптимизация профилактики поведенческих факторов риска / А.С. Бидучак // Вестник АГИУВ. – 2014. – № 1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-profilaktiki-povedencheskih-faktorov-riska> (дата обращения: 12.02.2018).

7. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т.В. Яковлева, С.В. Вылегжанин, С.А. Бойцов, А.М. Калинина, П.В. Ипатов // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2014. – 4. – URL: [http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang, ru/\(дата обращения 12.02.2020 г.\)](http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang, ru/(дата обращения 12.02.2020 г.)).

УДК 613.862:378.178

А. А. Бурт

ФКУ НИИ Федеральная служба исполнения наказаний России, филиал (г. Ижевск), Удмуртская Республика
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бурт Альбина Анасовна — ведущий научный сотрудник кандидат медицинских наук; 426004, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 216, тел.: 8 (3412) 63-19-38, e-mail: albinaburt@mail.ru

В результате изучения медиапотребления среди студентов Ижевской государственной медицинской академии установлено, что большинство обучающихся демонстрирует умеренную приверженность к медиапотреблению, достаточный уровень волевого самоконтроля и рефлексивной критичности мышления. В связи с этим представляется целесообразным осуществление целенаправленного развития у студентов Ижевской государственной медицинской академии культуры производства и потребления информации.

Ключевые слова: студенты; медиапотребление; мониторинг; психогигиена; критическое мышление

A.A. Burt

Izhevsk Branch of the Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia (Izhevsk), Udmurt Republic
Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

PSYCHOHYGIENIC ASPECTS OF MEDICAL STUDENTS' MEDIA CONSUMPTION

Burt Albina Anasovna — Candidate of Medical Sciences, leading researcher, 216 Kommunarov St., Izhevsk 426004, tel.: 8 (3412) 63-19-38, e-mail: albinaburt@mail.ru

As a result of studying media consumption among the students of Izhevsk Medical Academy, it was found that most students demonstrate moderate commitment to media consumption, a sufficient level of volitional self-control and reflective critical thinking. In this regard, it seems advisable to carry out targeted development of the culture of information production and consumption among the students of Izhevsk Medical Academy.

Key words: students, media consumption; monitoring; psychohygiene; critical thinking

Перед органами здравоохранения нашей страны поставлены новые задачи, которые требуют более высокой профессиональной компетентности врачебных кадров, потребность в которых в силу ряда объективных обстоятельств удовлетворяется вузами не в полной мере. В обществе востребованы не просто профессиональные компетенции, а более широкое понятие компетенций, способствующих высокой эффективности деятельности, так называемые навыки *soft skills* [14]. Среди них можно отметить коммуникативные навыки, навыки принятия решений, критическое мышление, компетенции управления людьми, медиакомпетентность, навыки координации и взаимодействия [9]. Для восполнения кадрового потенциала медицинских организаций необходим качественно новый подход к подготовке специалистов в соответствии с современными требованиями работодателя. Медицинские организации нуждаются в выпускниках медицинских вузов, владеющих основами экономики здравоохранения, правового обеспечения деятельности, организации и проведения социально-гигиенического мониторинга, готовых к применению современных информационных технологий, умеющих проводить оценку влияния факторов риска на здоровье населения [12]. При этом система высшего образования сформирована таким образом, что сконцентрирована на формировании в основном профессиональных навыков, не оценивая вышеперечисленные умения [7]. Главной задачей является повышение качества и эффективности не за счет увеличения объема изучаемого материала, а за счет формирования и развития универсальных навыков у студентов [2, 4].

Одной из целей медицинского образования должно быть развитие у студентов интеллектуальной свободы, которая могла бы позволить им осознанно и независимо мыслить, а также в своей будущей профессиональной деятельности систематически овладевать навыками, заложенными в основные требования, которые предъявляют работодатели [10]. И в этой связи в процессе преподавания в медицинских вузах целесообразно сконцентрироваться не столько на компетентностном, сколько на метакомпетентном подходе, который находит все большее распространение в условиях высшего образования [13].

В 2019 году универсальные компетенции впервые нашли отражение в проектах федеральных образовательных стандартов нового поколения по направлению «Клиническая медицина». Ряд доклинических дисциплин в медицинском вузе не является профильным предметом в рамках подготовки студентов по лечебным специальностям («Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»), но в то же время развивает ряд универсальных компетенций, способствующих формированию системного и критического мышления, самоорганизации и, в первую очередь, здоровьесбережения будущего врача, таким образом, способствует формированию у студентов так называемого профилактического мышления [11] и положительно сказывается на психогигиене.

Одной из таких компетенций является критическое мышление. В настоящее время никто специально не обучает молодого человека «противостоять» беспорядочно нарастающим информационным потокам, то есть критически относиться к несущим взаимоисключающие

смыслы и ценности текстам, фактам, сообщениям, говоря языком Федеральных образовательных стандартов, формировать медиакомпетентность [6].

Анализ стихийного поведения молодого поколения медиапотребителей и результатов проведённых за последние полвека исследований по проблемам социального познания [1], медиапотребления [5] и стилевых особенностей когнитивной деятельности [8] позволил создать тест на основе четырех наиболее значимых критериев, положенных в основу четырёх соответствующих шкал оценки индивидуальной культуры потребления медиаинформации [3]: шкала ЭПВ (эмоционально-познавательная вовлеченность); шкала ВКМ (волевой контроль медиапотребления); шкала РКМ (рефлексивная критичность медиапотребления); шкала ЭПИ (эффективность поиска информации).

Цель исследования: оценка медиапотребления студентами медицинского вуза с точки зрения психогигиенического подхода.

Материалы и методы исследования. Среди студентов 1–6 курсов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России был проведен онлайн-опрос по опроснику индивидуального стиля медиапотребления [3] посредством *google-форм*. В опросе приняли участие 101 человек: 41 юноша и 60 девушек. Тестируемому предлагалось ответить на 60 вопросов с возможным выбором варианта ответа («Да», «Скорее да», «Затрудняюсь ответить», «Скорее нет», «нет»), который наиболее соответствовал наличию/отсутствию и выраженности тех или иных установок, привычек и реакций в сфере потребления информации. Построены характеристики индивидуального стиля медиапотребления на основе преобладания крайних вариантов и исключения средних показателей по первым трём шкалам (ЭПВ, ВКМ, РКМ). Проведена статистическая обработка результатов с использованием пакета программ *MS Excel*.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто используемым источником получения информации среди студентов 1–6 курсов ФГБОУ ВО ИГМА явились Интернет и телевидение (от 38,0% до 67,0% респондентов выбрали данный вариант), на втором месте расположились журналы, книги и радио. Су-

щественно реже студенты получают информацию из газет (за данный вариант проголосовало меньше всего опрошенных).

Высоким уровнем вовлечённости в медиaproстранство обладали 12 человек, что составило 12,0% от всех опрошенных. Среди студентов мужского пола высокий уровень вовлечённости показали 5 человек, что составляет 12,0% от респондентов мужского пола, а среди девушек – 7 человек, что также составило 12,0%. Средний уровень вовлечённости в медиaproстранство имело подавляющее число студентов, что составило 74,0% от всех опрошенных. При этом были получены гендерные отличия: средний уровень вовлечённости юношей был ниже (66,0%), чем у девушек (80,0%). Низким уровнем вовлечённости в медиaproстранство обладали 14 человек, что составило 14,0% от всех опрошенных: 22,0% юношей и 8,0% девушек.

Высоким уровнем волевого самоконтроля обладали 40 человек, что составило 40,0% от всех опрошенных: 46,0% респондентов мужского пола и 35% женского пола. Средний уровень волевого самоконтроля имели 57,0% от всех опрошенных: 49,0% юношей и 63,0% девушек. Низкий уровень волевого самоконтроля отметили у себя лишь 2,0%: по одному представителю обоих полов.

Рефлексивную критичность медиапотребления на высоком уровне продемонстрировали 28 человек: 44,0% юношей и 17,0% девушек. На среднем уровне критичности находятся 70,0% респондентов: 80,0% девушек и 70,0% юношей. Низкий уровень рефлексивной критичности имеет 2,0% (девушки).

Высокую эффективность поиска информации, сопряжённую с высоким уровнем развития умений и навыков поиска информации, отметили у себя 31,0% от всех опрошенных, причем среди них 41,0% респондентов мужского пола и 23,0% женского пола. Средний уровень развития умений и навыков поиска информации имеет подавляющее число студентов – 68 человек, что составило 67,0% от всех опрошенных: среди студентов мужского пола – 56,0%, а среди женского пола – 75,0%. Низкий уровень эффективности поиска информации отметили у себя 2,0% так же обоего пола.

На основании опросника сформулированы преобладающие стили медиапотребления среди студентов Ижевской государственной ме-

дицинской академии. Выявлено 9 респондентов с крайними вариантами медиапотребления (9,0%). Из них четверо респондентов имеют «невовлеченный контролирующий критичный» стиль медиапотребления, что означает низкий показатель по шкале эффективности поиска информации наряду с высокими показателями по шкале волевого самоконтроля и рефлексивного критического мышления. Назовем их условно «скептики» – у них, как правило, низкий уровень мотивации, мнение, в том числе авторитетов, они практически всегда воспринимают критично, при этом их сложно увлечь в социальную сферу. Если такие студенты обладают прикладными профессиональными навыками, то в перспективе можно ожидать приверженности хирургической профессии. Два студента продемонстрировали вовлеченный некритичный стиль медиапотребления, что указывает, с одной стороны, на высокий уровень эмпатии будущего врача, а, с другой стороны, на необходимость формирования критичного мышления. Третья немногочисленная группа – лица с «вовлеченным контролирующим критичным» стилем медиапотребления (3,0%). Это, как правило, социально ориентированные студенты, но при этом сохраняющие высокий уровень критичности мышления и волевого самоконтроля в медиaprостранстве. Можно предположить, что данная категория студентов может в полной мере сформироваться как врач в интеллектуальной и духовной составляющей. При этом именно данная категория не утрачивает со временем свои навыки саморазвития и непрерывного профессионального и личностного самосовершенствования.

Вывод. В результате изучения особенностей медиапотребления среди студентов Ижевской государственной медицинской академии установлено, что большинство обучающихся демонстрирует умеренную приверженность к медиапотреблению. При этом у них достаточно сформирован уровень волевого самоконтроля и рефлексивная критичность мышления. Уровень вовлеченности в медиaprостранство осуществляется в умеренной степени. В связи с этим представляется целесообразным осуществление систематического мониторинга и целенаправленного развития у студентов Ижевской государственной медицинской академии культуры производства и потребления информации.

Список литературы:

1. **Андреева Г.М.** Социальное познание и социальные проблемы / Г.М. Андреева // Национальный психологический журнал. – 2013. – № 1 (9). – С. 39–49.
2. **Батурина Р.В.** Понятие «общенаучные компетенции» в контексте компетентностного подхода в современном образовательном процессе / Р.В. Батурина, Р.Р. Исакова // Вестник Казанского технологического университета. – 2009. – С. 386–389.
3. **Давыдов Д.А.** Информационные технологии в психолого-педагогической деятельности: учебно-методическое пособие для студентов-бакалавров / Д.А. Давыдов, А.О. Ерофеева, А.С. Коповой. – Саратов: Изд-во Саратовского университета, 2013. – 96 с.
4. **Дульзон А.А.** Система самооценки и оценки компетенций научно-педагогических кадров / А.А. Дульзон, О.М. Васильева // Высшее образование в России. – 2014. – № 5. – С. 61–72.
5. **Матвеева Л.В.** Культура СМИ: размышления о феномене «разорванной коммуникации» / Л.В. Матвеева // Вестник Московского университета. Серия. 14. Психология. – 2007. – № 1. – С. 119–132.
6. **Троянская С.Л.** Развитие медиакомпетентности студентов / С.Л. Троянская // Знак: проблемное поле медиаобразования. – 2017. – № 1 (23). – С. 144–146.
7. **Хеннер Е.К.** Профессиональные знания и профессиональные компетенции в высшем образовании / Е.К. Хеннер // Образование и наука. – 2018. – Том 20, № 2. – С. 9–31.
8. **Холодная М.А.** Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М.А. Холодная. – СПб., 2004. – 430 с.
9. 10 компетенций, которые будут востребованы в 2020 году. – URL: <https://hr-portal.ru/article/10-kompetenci-y-kotorye-budut-vostrebovany-v-2020-godu> (дата обращения: 01.04.2020).
10. Интегративный подход к формированию гигиенического мышления у студентов / С.П. Терехин, Л.Н. Лапшина, С.В. Ахметова, К.Е. Амреева, Г.Р. Тойгамбекова // Интегрированное обучение: состояние и направления развития: сборник материалов конференции, Караганда, 2011. – URL: <http://articlekz.com/article/6617> (дата обращения: 01.04.2020).
11. **Колычева С.С.** Формирование профилактического мышления у студентов непрофильных факультетов / С.С. Колычева, А.Г. Кунделеков // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4. – С. 130–131. – URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=4737> (дата обращения: 01.04.2020).
12. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 14 декабря 2009 г. № 01/19195–9–32 «О протоколе совещания по подготовке кадров медико-профилактического профиля». – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4089583/> (дата обращения: 01.04.2020).
13. **Сизова Е.В.** Реализация метапредметного подхода в высшей школе: от теории к практике / Е.В. Сизова // Мир науки. – 2017. – Том 5, № 6. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/37PDMN617.pdf> (дата обращения: 01.04.2020).
14. **Щедровицкий П.** Революция уже произошла, мы просто этого не видим / П. Щедровицкий. – URL: <https://www.planet-kob.ru/articles/6841> (дата обращения: 01.04.2020).

УДК 614.1 «2014-2018» (470.51)

Н. М. Попова¹, В. Н. Савельев¹, Л. Л. Шубин¹, А. М. Шабардин¹, А. В. Попов²¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения²БУЗ УР «Республиканский детский санаторий «Ласточка» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2014–2018 гг.**

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Савельев Владимир Никифорович – профессор кафедры доктор медицинских наук; Шубин Лев Леонидович – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Шабардин Андрей Михайлович – аспирант кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: +7 (912)767-95-65, e-mail: Andrew.Shabardin@gmail.com; Попов Алексей Владимирович – главный врач кандидат медицинских наук

Анализ показателей уровня общей и первичной заболеваемости по классам болезней и его основных возрастных групп за период 2014-2018 гг. позволяет оценить качество организационной и лечебно-профилактической работы, проводимой в здравоохранении Удмуртской Республики, динамику тенденций, обозначить предполагаемые изменения.

Ключевые слова: здравоохранение; Удмуртская Республика; общая заболеваемость; первичная заболеваемость; заболеваемость болезнями системы кровообращения.

N. M. Popova¹, V. N. Saveliev¹, L. L. Shubin¹, A. M. Shabardin¹, A. V. Popov²¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care

²Republic Children's Sanatorium «Lastochka», Izhevsk, Udmurt Republic**THE MORBIDITY RATE IN THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC IN 2014–2018**

Popova Natalya Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department; Savelyev Vladimir Nikiforovich – Doctor of Medical Sciences, professor of the department; Shubin Lev Leonidovich – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the department; Shabardin Andrey Mikhailovich – graduate student of the department, 281 Kommunarov St., Izhevsk, 426034, tel.: +7 (912)767-95-65, e-mail: Andrew.Shabardin@gmail.com; Popov Aleksey Vladimirovich – Candidate of Medical Sciences, head doctor

The analysis of indices showing the rates of general morbidity and primary morbidity in the classes of diseases and basic age groups for the period 2014-2018 allows us to assess the dynamics of trends as well as the quality of organizational, medical and preventive work carried out in the health care system of the Udmurt Republic, and to indicate the expected changes.

Key words: health care; Udmurt Republic; general morbidity; primary morbidity; incidence of circulatory system diseases

Цель исследования: изучить уровень общей, первичной заболеваемости в Удмуртской Республике по классам болезней за период 2014–2018 гг. и оценить прогноз дальнейшего развития тенденций.

Материалы и методы исследования. Заболеваемость населения в Удмуртской Республике (УР) за период 2014–2018 гг. проанализирована на основе официальных статистических материалов за период с 2014 по 2018 г. Статистическая обработка проведена с использованием программных пакетов *STATISTICA 6.0* и *BioStat 2008*. Методом регрессионного анализа формировали тренды для выявления тенденции изменения показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Общая заболеваемость (распространенность) является интегральным показателем состояния здоровья населения, которая учитывает случаи обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью как

по поводу впервые возникших заболеваний, так и по поводу обострения хронических болезней.

Для сравнения общей заболеваемости населения Удмуртской Республики и Российской Федерации за период 2014–2018 гг. приведем данные таблицы 1 [1, 2].

Согласно данным, приведенным в таблице 1, отмечается неуклонный рост общей заболеваемости населения как в среднем по УР, так и в среднем по РФ. В УР общая заболеваемость населения превышала среднероссийские показатели за период 2014–2018 гг. В 2014 г. это превышение составляло 15,26%, к 2017 г. возросло до 20,46%, вновь снизившись в 2018 г. до 16,94%.

Таблица 1. Общая заболеваемость среди населения Удмуртской Республики и Российской Федерации за период 2014–2018 гг. (на 1000 населения)

Территория/ год	2014	2015	2016	2017	2018
УР	1896,0	1917,9	1986,9	2033,6	1967,4
РФ	1606,7	1602,1	1617,7	1617,3	1634,3

Показатель общей заболеваемости в УР на пике, в 2017 г., превышал средний общероссийский показатель в 1,26 раз. Отчасти на такой рост общей заболеваемости в УР повлияло активное реформирование здравоохранения, продолжающийся рост дефицита медицинских кадров, смена административного руководства республики, министерства здравоохранения и большего числа медицинских организаций.

Сравнительный уровень общей заболеваемости среди населения УР за период 2014–2018 гг. с учетом возрастных категорий приведен в таблице 2 [5].

Таблица 2. Уровень общей заболеваемости среди населения Удмуртской Республики за период 2014–2018 гг.

Возрастная категория/год	2014	2015	2016	2017	2018
Все население	1896,0	1922,4	1989,8	2033,6	1967,4
Темп прироста (в %)	-0,2	1,3	3,3	2,2	-3,3
Дети	2826,5	2782,8	2826,6	2786,2	2743,4
Темп прироста (в %)	-1,6	-1,5	1,5	-1,4	-1,5
Подростки	2315,5	2219,1	2396,4	2351,8	2424,8
Темп прироста (в %)	-7,3	-4,1	7,4	-1,9	3,1
Взрослые	1665,2	1706,5	1769,5	1833,1	1753,6
Темп прироста (в %)	0,4	2,4	3,6	3,6	-4,3

Уровень общей заболеваемости среди всего населения УР за период 2014–2018 гг. увеличился с 1896,0 до 1967,4 на 1000 населения (3,53 %). Причем темп прироста значительно возрос к 2016 г., далее появилась тенденция к снижению. Данные изменения можно связать с активизацией диспансерных и профилактических медицинских осмотров в УР, возрастанием числа осмотренного населения, повышением качества медосмотров и выявляемости заболеваний. По темпам прироста в группе подростков отмечается неустойчивость показателя за анализируемый период, что можно связать с качеством проводимых медосмотров и количеством подростков, участвующих в мероприятиях. Уровень распространенности по возрастным категориям: среди взрослого населения ниже на 4,3 %, детского – на 1,5 % по сравнению с 2017 г., среди подростков выше на 3,1 %, представлен в динамике на рисунке 1 [5].

Общая заболеваемость среди городского и сельского населения Удмуртской Республики за период 2014–2018 гг., приведенная в таблице 3 [1], показывает снижение заболеваемости среди городского населения на 3,67 % и повышение заболеваемости среди сельского населения, по сравнению с городским, более, чем в 2 раза, а именно, на 7,00 %. Данный факт повлиял на повышение общей заболеваемости в УР в исследуемом периоде 2014–2018 гг. на 3,63 %.

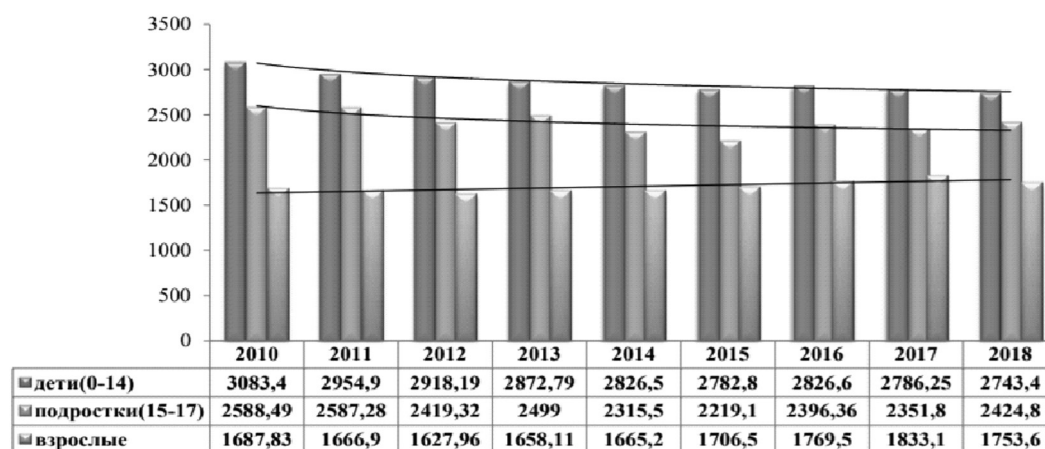


Рис. 1. Динамика распространенности заболеваемости среди основных возрастных контингентов населения Удмуртской Республики за период 2010–2018 гг. (на 1000 населения соответствующего возраста)

Таблица 3. Общая заболеваемость среди городского и сельского населения Удмуртской Республики за период 2014–2018 гг. (на 1000 населения)

Территория/год	2014	2015	2016	2017	2018
Город	2028,5	1948,6	1990,4	2032,4	1954,1
Село	1697,6	1711,8	1807,1	1847,1	1825,3
УР в целом	1896,0	1922,4	1986,9	2033,6	1967,4

На рост заболеваемости среди сельского населения повлияла демографическая ситуация, связанная с продолжающимся оттоком молодого населения в города и, соответственно, преобладанием старшего и пожилого населения на селе с нарастанием большей заболеваемости среди данного контингента. В период 2014–2018 гг.

сельское население в более значительной степени пострадало от организационных реформ в здравоохранении, связанных с оптимизацией и сокращением оказания первичной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в медицинских учреждениях.

Анализ общей заболеваемости отдельно по крупным городам республики отражает неравномерность показателей. В г. Ижевске произошло умеренное снижение показателя общей заболеваемости с 2007,3 в 2014 г. до 1940,1 в 2018 г., т.е. на 3,35%. В г. Сарапуле произошло повышение показателя общей заболеваемости с 1739,8 в 2014 г. до 1771,7 в 2018 г., т.е. на 1,81%. В гг. Воткинске и Глазове произошло практически двукратное снижение показателей общей заболеваемости по сравнению с г. Ижевском и трехкратное по сравнению с г. Сарапулом. В г. Воткинске отмечается снижение с 2191,7 в 2014 г. до 2046,2 в 2018 г., т.е. на 6,64%. В г. Глазове – с 2295,4 в 2014 г. до 2146,0 в 2018 г., т.е. на 6,54%. Качество работы по снижению общей заболеваемости, как правило, зависит от ответственной и хорошо налаженной организационной работы руководителей на данных территориях, несмотря на равнозначность имеющихся ресурсов.

В сельских районах УР снижение общей заболеваемости населения за период 2014–2018 гг. произошло в 10 районах из 24: Алнашском, Вавожском, Граховском, Игринском, Киясовском, Сарапульском, Селтинском, Увинском, Шарканском, Якшур-Бодьинском [1,2]. При сопоставлении показателей общей заболеваемости населения с показателями уровня смертности по территориям республики за период 2014–2018 гг. выясняется, что в пяти из этих районов: Алнашском, Вавожском, Граховском, Киясовском, Сарапульском произошел рост смертности населения [1,2]. Снижение общей заболеваемости и рост смертности по данным пяти районов можно связать с низкой и поздней обращаемостью населения за медицинской помощью, возможно, с недостаточным охватом и качеством проводимых медицинских осмотров.

Структура заболеваемости в 2018 г., как и в предыдущие годы, осталась прежней. У детей преобладают болезни органов дыхания – 56,2% (в 2017 г. – 57,4%), на втором месте – болезни глаза и его придаточного аппарата – 6,3% (в 2017 г. – 5,9%), на третьем – травмы и отравления – 5,9% (в 2017 г. – 5,6%). У подростков – на первом месте также находятся бо-

лезни органов дыхания – 35,25 (в 2017 г. – 37,7%), на втором – болезни глаза и его придаточного аппарата – 11,8% (в 2017 г. – 11,3%), на третьем – травмы и отравления – 8,8% (в 2017 г. – 7,0%). В общей заболеваемости среди взрослых на первом месте – болезни системы кровообращения – 19,4% (в 2017 г. – 17,6%), на втором – болезни органов дыхания – 13,4% (в 2017 г. – 14,4%), на третьем – болезни мочеполовой системы – 11,2% (в 2017 г. – 11,9%) [5]. Структура основных причин заболеваемости среди всего населения УР представлена на рисунке 2.

В общей заболеваемости среди взрослых лидируют болезни системы кровообращения. Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения среди населения УР за период с 2014 по 2018 г. имела тенденцию к росту: с 265,1 на 1000 населения в 2014 г. до 339,4 на 1000 населения в 2018 г. Рост произошел преимущественно за счет увеличения числа болезней с повышенным артериальным давлением в 1,58 раза: с 111,1 на 1000 населения в 2014 г. до 176,1 в 2018 г. и, соответственно, вырос показатель общей заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения за исследуемый период в 2,23 раза. Общая заболеваемость ишемической болезнью сердца выросла в 1,29 раз: с 49,1 на 1000 населения в 2014 г. до 63,8 на 1000 населения в 2018 г. [4].

Показатель первичной заболеваемости детского населения Удмуртской Республики в 2018 г. по сравнению с 2017 г. снизился на 3,5% и составил 2210,3 на 1000 детей (2017 г. – 2290,7). Превышение республиканского уровня отмечено в 9 административных территориях от 1,1 до 1,4 раза: Дебесском, Малопургинском, Ярском, Кезском, Якшур-Бодьинском, Базинском районах, гг. Ижевске, Сарапуле, Глазове [5].

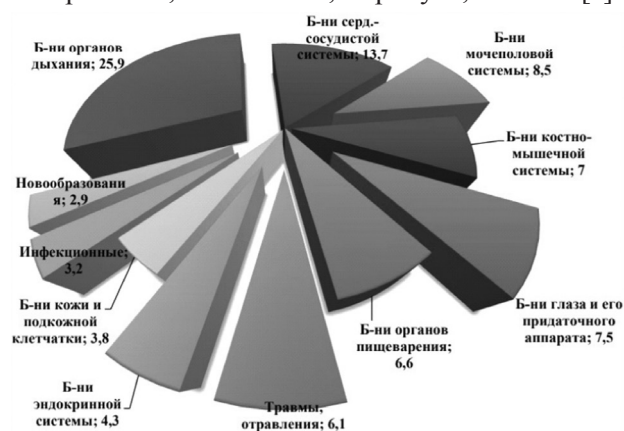


Рис. 2. Структура основных причин заболеваемости среди всего населения Удмуртской Республики в 2018 году (%)

В первичную заболеваемость детей значительный вклад вносят инфекционные и паразитарные заболевания, на втором месте – детский травматизм, на третьем месте – болезни кожи и подкожной клетчатки, на четвертом месте – заболевания пищеварительной системы [5]. Превышение республиканского уровня первичной заболеваемости детей от 1,1 до 1,5 раза отмечено на 12 территориях: в гг. Глазове, Ижевске, Сарапуле, Кезском, Граховском, Ярском, Якшур-Бодьинском, Бalezинском, Вавожском, Малопургинском, Можгинском, Красногорском районах [5].

Уровень первичной заболеваемости подростков УР в 2018 г. составил 1546,6‰, что выше, чем в 2017 г., на 1,8% (2017 г. – 1519,7‰). Среди причин первичной заболеваемости подростков лидируют болезни органов дыхания. Показатель первичной заболеваемости подростков по болезням органов дыхания в 2018 г. стал ниже на 3,2% и составляет 828,2‰ (2017 г. – 854,8‰) [2]. Результатом снижения у подростков первичной заболеваемости по болезням органов дыхания стала настойчивая работа медицинских организаций по своевременному и максимальному охвату вакцинацией от гриппа населения в целом и по показаниям против пневмококковой инфекции. Из организационных мер – в период подъема заболеваемости введение карантина на посещение занятий с переводом школьников на дистанционное обучение. Значительную долю заболеваемости детей и подростков составляют травмы и отравления. В целом по УР показатель в 2018 г. вырос по сравнению с 2017 г. на 22,5% и составил 213,54‰ (2017 г. – 165,5‰). Превышение республиканского уровня от 1,1 до 1,6 раза отмечено на 5 административных территориях: в Каракулинском, Киясовском, Завьяловском районах, гг. Ижевске, Воткинске. У подростков в период полового созревания эндокринные железы начинают работать с усиленной активностью, что способствует появлению заболеваний кожи и подкожной клетчатки [5].

Первичная заболеваемость взрослого населения в УР к 2018 г. снизилась и составила 612,25‰, что на 5,7% ниже уровня 2017 г. (649,2‰). Превышение республиканского показателя до 1,4 раза отмечено на 10 административных территориях: в Дебесском, Шарканском, Сюмсинском, Ярском, Глазовском, Кезском, Селтинском, Бalezинском районах, гг. Глазове, Воткинске [5]. Среди причин первичной забо-

леваемости взрослых также лидируют болезни органов дыхания. В целом по УР показатель в 2018 г. составил 173,5‰ (2017 г. – 179,7‰). Превышение республиканского уровня отмечено на 13 административных территориях: в Граховском, Ярском, Глазовском, Малопургинском, Кезском, Бalezинском, Селтинском, Шарканском, Дебесском, Воткинском районах и гг. Ижевске, Воткинске, Глазове.

На втором месте в структуре первичной заболеваемости взрослого населения УР находятся заболевания сердечно-сосудистой системы. По УР показатель первичной заболеваемости составил 53,4‰ (2017 г. – 50,5‰), отмечается рост заболеваемости на 5,3%. Эти болезни занимают ведущее место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в РФ. Превышение республиканского уровня отмечено на 7 административных территориях: в гг. Воткинске, Ижевске, а также Бalezинском, Юкаменском, Сюмсинском, Алнашском, Киясовском и Увинском районах. Рост первичной заболеваемости от болезней системы кровообращения в УР связан также с дополнительными мероприятиями по выявлению заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые активизировались по Приказу Министерства здравоохранения УР в 2015 году в связи с проведением Национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ [3]. В перечне проводимых мероприятий – скрининговые медицинские осмотры населения «Центрами здоровья» МЗ УР; выездные акции «Кардиодесант», организованные медицинской организацией в УР со специализацией по кардиологическому профилю – Республиканским клинко-диагностическим центром; диспансеризация населения с включением клинко-лабораторных исследований, электрокардиографии, а на этапе углубленного исследования – проведением УЗДГ брахицефальных сосудов, эхокардиографии, консультации кардиолога [3].

На третьем месте среди причин первичной заболеваемости взрослых – болезни мочеполовой системы, показатель в 2018 г. – 52,6‰ (2017 г. – 59,5‰), что ниже предыдущего года на 11,6%. Превышение республиканского уровня отмечено на 8 административных территориях: в Селтинском, Бalezинском, Глазовском, Красногорском, Сюмсинском, Малопургинском, Кезском районах и г. Ижевске [5].

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) в УР в 2018 г. вырос на 0,2% и составил 409,4% (2017 г. – 408,6%). Превышение среднего показателя первичной заболеваемости по УР в 2018 г. зарегистрировано в 11 районах: Граховском, Селтинском – в 1,5 раза, Камбарском, Красногорском – в 1,2 раза, Киясовском, Кезском – в 1,1 раза, превышение от 0,6% до 5,3% – в Юкаменском, Вавожском районах, гг. Воткинске, Сарапуле, Ижевске. Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости ЗНО отмечаются в Граховском, Селтинском, Камбарском, Красногорском районах. В структуре причин ЗНО преобладают: другие новообразования кожи – 14,4% (в 2017 г. – 13,0%), на втором месте – ЗНО трахеи, бронхов, легкого – 10,7% (в 2017 г. – 10,8%), на третьем месте – ЗНО молочной железы – 9,0% (в 2017 г. – 9,3%), на четвертом месте – ЗНО ободочной кишки – 7,9% (в 2017 г. – 7,3%), на пятом – рак предстательной железы – 6,7%, на шестом – ЗНО желудка – 5,8%. Показатель заболеваемости ЗНО в УР вырос благодаря ранней выявляемости на фоне проведения неоднократных выездных скрининговых мероприятий: «Онкодесант», «День открытых дверей», диспансеризации населения.

Выводы. За период 2014–2018 гг. общая заболеваемость населения продолжает расти как в УР, так и в РФ. Общая заболеваемость населения УР превышает среднероссийские показатели: в 2014 г. на 15,26%, в 2018 г. на 16,94%. Уровень общей заболеваемости продолжает повышаться в возрастных категориях подростки и взрослое население, а в категории дети име-

ется тенденция к постепенному снижению. Общая заболеваемость среди городского населения УР в 2014–2018 гг. снизилась на 3,67%, среди сельского населения наоборот имеется повышение в 2 раза (7,0%) по сравнению с городским. В структуре распространенности заболеваний среди детей и подростков преобладают болезни органов дыхания, болезни глаз, травмы и отравления; среди взрослых – болезни системы кровообращения, органов дыхания и мочеполовой системы. Уровень первичной заболеваемости населения УР в 2014–2018 гг. в целом снизился среди детей и взрослых, но продолжает расти среди подростков. Сохраняется тенденция роста первичной заболеваемости по болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям среди взрослого населения.

Список литературы:

1. Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ: информационно-аналитический сборник / РМИАЦ МЗ УР. – Ижевск, 2018. – Вып. 15. – 75 с.
2. Динамика здоровья и здравоохранения Удмуртской Республики за годы реформ: информационно-аналитический сборник / РМИАЦ МЗ УР. – Ижевск, 2019. – Вып. 15. – 75 с.
3. «Об утверждении Плана мероприятий по проведению Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Удмуртской Республике в 2015 году»: Приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 16.02.2015 г. № 113. – mzur.ru/useful/mortality_reduction/Anti_SSZ_year/.
4. «Об утверждении региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Удмуртской Республике на 2019–2024 годы»: Распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 21.06.2019 г. № 723-р. – docs.cntd.ru/document/561433778.
5. Оценка влияния факторов среды обитания на состояние здоровья населения Удмуртской Республики в 2018 году: информационно-аналитический бюллетень / ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Удмуртской Республике». – Ижевск, 2019. – 61 с.

УДК 616.89-008.454-08-07

Б. Х. Каландаров¹, Н. Б. Юлдашева²

¹Областная психиатрическая больница, г. Самарканд, Республика Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский институт МЗ РУз, Республика Узбекистан
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Каландаров Бобуржон Хусанович – врач-психиатр; Юлдашева Нилуфар Бахтияровна – ассистент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. А. Тимура, 18, тел.: +998933371042, e-mail: lsgp1972@mail.ru

В статье представлен ретроспективный анализ 177 амбулаторных карт пациентов с депрессией. Дан анализ методов диагностики и качества лечения данной категории пациентов. Диагноз депрессии врачи поликлиники в 72,6% случаев ставят на основании субъективных данных, которые имели пациенты на момент обращения к ним. В поликлинике отсутствуют врачи, владеющие принципами доказательной медицины. В лечении больных депрессией в 33,5% случаев использовались препараты, эффективность которых при данном заболевании клинически не доказана (настойка валерианы и зверобоя, магний сульфат и т. д.). Из 177 пациентов с депрессией 78 получили информацию о своём заболевании.

Ключевые слова: депрессия; качество медицинской помощи; больные; антидепрессанты

B.Kh. Kalandarov¹, N. B. Yuldasheva²

¹District Psychiatric Hospital, Samarkand, Republic of Uzbekistan

²Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan
Department of Histology, Cytology and Embryology

IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF MANAGING PATIENTS WITH DEPRESSION IN THE CLINIC

Kalandarov Boburjon Khusanovich — psychiatrist; Yuldasheva Nilufar Bakhtiyarovna — lecturer; 18 A. Temur St., Samarkand 140100; tel.: +998933371042, e-mail: lsgp1972@mail.ru

The article presents a retrospective analysis of 177 medical records of outpatients with depression. During the analysis, special attention was paid to diagnostic methods and the quality of treatment of this category of patients was analyzed. In 72,6% of cases doctors of the outpatient clinic make a diagnosis of depression on the basis of only subjective data revealed when the patients presented. In the clinic there is not a single doctor who knows the principles of evidence-based medicine. In 33,5% of cases drugs used in the treatment of patients with depression were medicines whose effectiveness for this disease has not been clinically proven (tincture of valerian and St. John's wort, magnesium sulfate, etc.). 78 out of 177 patients with depression received information about their disease.

Key words: depression; quality of medical care; patients; antidepressants

Депрессия – это распространенная патология, зачастую она диагностируется и лечится семейными врачами. В США около половины людей, страдающих депрессией и нуждающихся в медицинской помощи, обращаются к семейным врачам, а не к психиатрам [1]. Распознавание депрессии может быть сложным, так как пациенты с депрессией чаще всего обращаются к врачу по поводу соматических заболеваний (соматизация), а не с психиатрическими жалобами [2]. Лечение пациентов с депрессией может принести врачу чувство удовлетворения своей работой, так как в большинстве случаев происходит кардинальное улучшение состояния пациента и улучшается психологический климат в семье [3, 4, 5].

Цель исследования: улучшение качества оказания медицинской помощи в лечении пациентов с депрессией в условиях центральной многопрофильной поликлиники.

Материалы и методы исследования. Данное исследование проводилось в центральной многопрофильной поликлинике Пастдаргомского района Республики Узбекистан. Ретроспективным методом были проанализированы амбулаторные карты пациентов с депрессией, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике. Основное внимание уделялось методам диагностики и лечения данных пациентов, а также придавалось особое значение соответствию проводимого лечения стандартам лечения депрессии.

Согласно *DSM IV* для постановки диагноза требуется 5 из нижеперечисленных симптомов, длящихся более 2 недель: подавленное настроение, снижение интересов или ощущения удо-

вольствия, значительное изменение аппетита или веса, нарушение сна (бессонница или гиперсомния), психомоторная ажитация или задержка, усталость или потеря энергии, ощущение необоснованной вины, сниженная способность думать или концентрироваться, повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве. Также нами были разработаны и внедрены стандарты и индикаторы для оценки качества медицинской помощи пациентам с депрессией.

Вложения

Стандарт. В каждой районной центральной многопрофильной поликлинике должен быть хотя бы 1 врач, владеющий принципами доказательной медицины.

Индикатор. Доля районных центральных многопрофильных поликлиник, где имеется хотя бы 1 врач, владеющий принципами доказательной медицины.

Процесс

Стандарт. Диагноз депрессии должен ставиться на основании критериев *DSM IV* с наличием 5 признаков, длительностью более 2 недель.

Индикатор. Доля больных с депрессией, у которых ставился диагноз депрессии на основании критериев *DSM IV* с наличием 5 признаков, длительностью более 2 недель.

Стандарт. Каждый врач центральной районной многопрофильной поликлиники должен быть обучен принципам рационального назначения лекарственных средств при депрессии.

Индикатор. Доля врачей центральных районных многопрофильных поликлиник, обученных принципам рационального назначения лекарственных средств при депрессии.

Результат

Стандарт. Каждый пациент с депрессией должен иметь представление о своём заболевании.

Индикатор. Доля больных с депрессией, имеющих представление о своём заболевании.

Планирование сбора данных. Просмотр карт амбулаторного пациента, отчётов, журнала регистрации и учёта пациентов, интервью с врачами и больными, страдающими депрессией, просмотр административной документации.

Результаты исследования и их обсуждение. При ретроспективном анализе карт амбулаторного пациента с депрессией мы получили следующие результаты. Число больных депрессией, взятых на учёт в центральной многопрофильной поликлинике Пастдаргомского района, составило 177 пациентов, из которых 99 мужчин и 78 женщин.

Расчёт и анализ индикатора вложений.

1. Количество поликлиник, где имеется хотя бы 1 врач, владеющий принципами доказательной медицины/на общее количество обследуемых в поликлинике $\times 100$. В поликлинике нет ни одного врача, владеющего принципами доказательной медицины.

Расчёт и анализ индикаторов процесса.

1. Количество больных с депрессией, у которых ставился диагноз депрессии на основании критериев *DSM IV* с наличием 5 признаков, длительностью более 2 недель/общее количество больных с депрессией $\times 100$. В процессе исследования выяснилось, что у 129 больных (72,6%) диагноз депрессии врачи поликлиники ставили на основании критериев *DSM IV* с наличием 5 признаков, длительностью более 2 недель. При постановке диагноза остальным 48 больным (27,4%) этот показатель не учитывался.

Установлено, что диагноз депрессии надо ставить на основании критериев *DSM IV* с наличием 5 признаков, длительностью более 2 недель: подавленное настроение, снижение интересов или ощущения удовольствия, значительное изменение аппетита или веса, нарушение сна (бессонница или гиперсомния), психомоторная ажитация или задержка, усталость или потеря энергии, ощущение собственной необоснованной вины, сниженная способность думать или концентрироваться и повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве, длительностью более 2 недель.

2. Количество врачей поликлиники, обученных принципам рационального назначения ле-

карственных средств пациентам с депрессией/на общее количество врачей данной поликлиники $\times 100$. В поликлинике из 15 врачей лишь 6 обучены принципам рационального назначения лекарственных средств при депрессии. Показатель по этому индикатору составил 33,5%.

В лечении пациентов с депрессией врачи поликлиники использовали препараты, эффективность которых при данном заболевании клинически не доказана: магний сульфат, настойки валерианы и зверобоя. Эксперты ВОЗ для лечения депрессии рекомендуют применение следующих антидепрессантов: трициклические антидепрессанты (амитриптилин, дезипрамин, имипрамин), избирательные ингибиторы обратной абсорбции серотонина (флуоксетин, сертрамин и т.д.). Вышеперечисленные препараты были назначены 105 пациентам с депрессией.

Расчёт и анализ индикаторов результата.

Количество пациентов с депрессией, имеющих представление о своём заболевании/общее количество больных с депрессией $\times 100$. Из 177 больных с депрессией 78 врачами поликлиники была дана информация об их заболевании. Показатель по этому индикатору составил 44,1%.

Вывод. При анализе качества лечения пациентов с депрессией в условиях центральной районной многопрофильной поликлиники выявилось снижение его эффективности. Многие врачи не имеют в достаточной степени теоретических знаний и практических навыков в данном вопросе.

Список литературы:

1. Efficacy of Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors in Premenstrual Syndrome: a Systematic Review / P. W. Dimmock, K. M. Wyatt, P. W. Jones, P. M. O'Brien // *Lancet*. – 2000. – Vol. 356. – P. 1131–1136.
2. Kroenke K. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial / K. Kroenke, S. L. West, R. Swindle // *JAMA*. – 2011. – Vol. 286. – P. 2947–2955.
3. Kumar R. Transdermal Oestrogen for Treatment of Severe Postnatal Depression / R. Kumar, A. P. Gregoire // *Lancet*. – 2016. – Vol. 347. – P. 930–933.
4. Randy K. W. Benefits and Risks of Psychiatric Medications During Pregnancy / K. W. Randy, M. A. Zamorski // *American Family Physician*. – 2012. – Vol. 15. – P. 265–277.
5. Schlager D. S. Early-Morning Administration of Short-Acting Beta Blockers for Treatment of Winter Depression / D. S. Schlager // *Am jour. psychiatry*. – 2014. – Vol. 151 (September).

УДК 314.48:343.81 (470.51)

Н. А. Перцева¹, П. В. Гуськов¹, Н. М. Попова³, М. Е. Вострокнутов²

¹ФКУЗ МСЧ-18 Федеральной службы исполнения наказаний России, г. Ижевск, Удмуртская Республика

²ФКУ НИИ Федеральной службы исполнения наказаний России, филиал (г. Ижевск), Удмуртская Республика

³ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Перцева Нонна Анатольевна — заместитель начальника отдела организации лечебно-профилактической работы; Гуськов Павел Витальевич — заместитель начальника; Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8(3412)918293, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Вострокнутов Михаил Евгеньевич — старший научный сотрудник

В статье дается анализ динамики смертности и структуры летальных исходов среди лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики.

Ключевые слова: смертность; уголовно-исполнительная система

N.A. Pertseva¹, P.V. Guskov¹, N.M. Popova³, M.Ye. Vostroknutov²

¹Medical Institution No. 18 of Federal Penitentiary Service of Russia, Izhevsk, Udmurt Republic

²Izhevsk Branch of the Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia (Izhevsk), Udmurt Republic

³Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care

ANALYSIS OF MORTALITY IN PENAL INSTITUTIONS OF THE UDMURT REPUBLIC

Pertseva Nonna Anatolyevna — deputy head of the Department for the Organization of Medical and Preventive Work; Guskov Pavel Vitalyevich — deputy head of the medical institution; Popova Natalya Mitrofanovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Vostroknutov Mikhail Yevgenievich — senior researcher

The article describes the results of the analysis of the dynamics of the mortality rate and the structure of deaths among people held in prisons in the Udmurt Republic.

Key words: mortality, penal system

Показатель смертности считается наиболее значимым среди медико-статистических показателей, отражающий деятельность медицинской службы пенитенциарных учреждений [5]. Пациенты, содержащиеся в местах лишения свободы, подвержены воздействию неблагоприятных факторов пенитенциарной среды, а также имеют особенности медико-социального статуса (наличие пенитенциарного стресса, неблагоприятного преморбидного фона, широкую распространённость наркомании, синдрома накопленной лекарственной токсичности и других факторов) [2]. Наличие перечисленных факторов обуславливает сложность оказания медицинской помощи пациентам пенитенциарных учреждений, в некоторых случаях их наличие определяет исход заболевания [5].

Структура, уровень смертности в пенитенциарных учреждениях, согласно проведённым ранее исследованиям, отличаются от таковых в медицинских организациях государственной

системы здравоохранения [1, 4]. Среди причин смертности в учреждениях уголовно-исполнительной системы преобладают инфекционные заболевания и болезни системы кровообращения [3].

Показатель летальности является критерием своевременности диагностики и лечения, качества оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осуждённым.

Цель исследования: изучить динамику и основные причины смертности в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики.

Материалы и методы исследования. Исследованы годовые формы ведомственной региональной медицинской статистической отчетности с 2014 по 2019 г. с применением корреляционного анализа и его оценкой в соответствии со шкалой Чеддока (табл. 1). Проведён углублённый анализ данных первичной медицинской документации пациентов с летальным исходом от заболеваний за 2018–2019 гг.

Таблица 1. Шкала Чеддока

Количественное значение тесноты связи	Соответствующая характеристика качества силы связи
0,1–0,3	Слабая
0,3–0,5	Умеренная
0,5–0,7	Заметная
0,7–0,9	Высокая
0,9–0,99	Очень высокая

Результаты исследования и их обсуждение.

За период с 2014 по 2019 г. показатель смертности от заболеваний в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Удмуртской Республики снизился на 30,6%. При этом, несмотря на рост показателя в 2019 году, многолетняя положительная тенденция свидетельствует о дальнейшем снижении смертности от заболеваний, что подтверждается заметной теснотой связи с нисходящей логарифмической линией тренда ($R^2 = 0,6573$). Среднесрочное прогнозируемое значение показателя смертности от заболеваний в учреждениях ФСИН по Удмуртской Республике к 2022 году составит около 100 на 100 тыс. населения, что свидетельствует о ежегодном и планомерном улучшении качества оказания и организации медицинской помощи (рис.).

В 2019 году отмечается значительный рост (на 40%) случаев летальных исходов от болезней системы кровообращения, обусловленных острым патологическим состоянием. При этом отмечается значимая положительная динамика, выражающаяся в снижении доли (на 20%) в структуре причин летальных исходов ВИЧ-инфекции. Не допущено случаев неблагоприятного исхода от туберкулёза, а также снизилась доля заболеваний почек, цирроза печени, онкологических заболеваний, пневмонии (табл. 2). Единичные случаи летального исхода пациентов были обусловлены наличием неотвратимых фатальных осложнений.

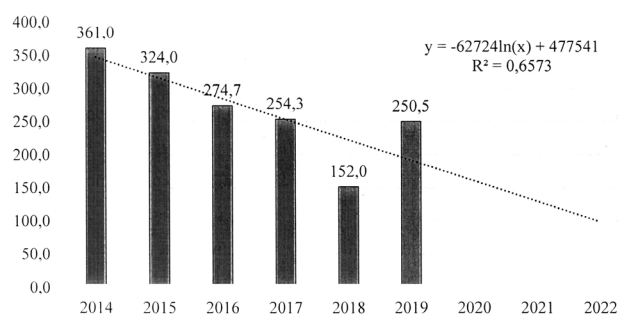


Рис. Динамика показателя смертности в учреждениях ФСИН России по Удмуртской Республике с 2014 по 2019 г. с прогнозом значения показателя смертности к 2022 году

Таблица 2. Структура смертности в УФСИН России по УР

Причина летального исхода	2018		2019		Темп роста/снижения (%)
	Число случаев	%	Число случаев	%	
Туберкулез	0	0	0	0	0
ВИЧ-инфекция	4	40	3	20	–20
Болезни системы кровообращения	0	0	6	40	+40
Цирроз печени	1	10	1	6,67	–3,33
Пневмония	1	10	0	6,67	–10
Онкология	1	10	1	6,67	–3,33
Заболевания почек	1	10	0	0	–10
Хирургические заболевания	0	0	1	6,67	+6,67
Прочие	2	20	3	15	–1,6
всего	10	100	15	100	–

Вывод. В ходе исследования установлено, что показатель смертности в учреждениях УИС по Удмуртской Республике имеет стойкую тенденцию к снижению. Значения смертности, как наиболее важного медико-статистического показателя, свидетельствуют о ежегодном и планомерном улучшении доступности, качества оказания и организации медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях Удмуртской Республики.

Список литературы:

1. Дюжева Е. В. Анализ эпидемиологии и смертности от неинфекционных заболеваний в учреждениях уголовно-исполнительной системы / Е. В. Дюжева, Д. С. Пономарев // Научные труды ФКУ НИИ ФСИН РОССИИ. – Москва, 2019. – С. 155–159.
2. Пономарёв С. Б. Оценка и прогноз развития эпидемической обстановки по сочетанной инфекции «ВИЧ-инфекция и туберкулёз» в учреждениях уголовно-исполнительной системы / С. Б. Пономарёв, М. Е. Вострокнутов, Е. Л. Аверьянова // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 5. – С. 816–822.
3. Спасенников Б. А. Вопросы совершенствования деятельности медицинской службы ФСИН России / Б. А. Спасенников // Актуальные вопросы образования и науки. – 2018. – Т. 64, № 2. – С. 34–37.
4. Стерликов С. А. Эпидемическая ситуация по коинфекции ВИЧ-туберкулёз в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации / С. А. Стерликов, С. Б. Пономарёв, Е. Л. Аверьянова // Уральский медицинский журнал. – 2018. – Т. 163, № 8. – С. 95–97.
5. Туленков А. М. Медико-демографическая ситуация в пенитенциарных учреждениях Приволжского федерального округа в период реформирования уголовно-исполнительной системы / А. М. Туленков, Е. В. Дюжева, К. А. Романов // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97, № 1. – С. 124–130.

УДК 340.624.6

С. И. Индияминов¹, А. Ж. Усаров³, А. Ф. Асатулаев², О. Э. Махмудов¹

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

¹Кафедра судебной медицины и патологической анатомии²Кафедра онкологии³Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, филиал (г. Джиззах)

СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ, ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Индияминов Сайит Индияминович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Самарканд, ул. Абу Мансур Мотуридий, д.26, тел.: (66)2322721; Усаров Абдукаххор Жахонгирович — начальник филиала; Асатулаев Акмаль Фархатович — ассистент кафедры; e-mail: mr.asatulaev@mail.ru; Обиджон Эргашевич Махмудов — ассистент кафедры

В статье проведен анализ структуры смерти за последние 10 лет, по материалам областной судебно-медицинской экспертизы. Подчеркивается необходимость в разработке профилактических мероприятий и принятии необходимых мер по предупреждению смертности.

Ключевые слова: смертность; структура; анализ; судебно-медицинская экспертиза

S.I. Indiaminov¹, A.Zh. Usarov³, A.F. Asatulaev², O.E. Makhmudov¹

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

¹Department of Forensic Medicine and Pathological Anatomy²Department of Oncology³Jizzakh branch of Republic Scientific and Practical Center for Forensic Medical Examination, Jizzakh, Republic of Uzbekistan

DEATH STRUCTURE ACCORDING TO THE DATA OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS

Indiaminov Sayit Indiaminovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department; 26 Abu Mansur Moturidiy St., Samarkand, tel.: (66) 2322721; Usarov Abdukakhkhor Zhakhongirovich — head of the branch; Asatulaev Akmal Farkhatovich — lecturer; e-mail: mr.asatulaev@mail.ru; Makhmudov Obidzhon Ergashevich — lecturer

The article analyzes the structure of death over the past 10 years on the basis of the data of the regional forensic medical examinations. The need for developing prophylactic measures and taking the necessary steps to prevent mortality is emphasized.

Key words: mortality; structure; analysis; forensic medical examination

На сегодняшний день большое значение имеют проблемы заболеваемости и смертности населения. Наиболее информативным и объективным критерием, характеризующим состояние здоровья населения, является показатель смертности [2].

Формирование достоверной статистической отчетности представляет собой сложный многоуровневый процесс, в который вовлечено большое количество экспертных групп различных ведомств. Проблемы межведомственных взаимодействий могут приводить к искажению статистической отчетности и, как следствие, к искажению показателей смертности населения [3].

Особое значение имеют случаи смерти людей от воздействия факторов окружающей (внешней) среды — насильственная смерть [4]. В эту категорию включены случаи смерти от механической травмы, от механической асфиксии, от действия крайних температур, электротравм, отравлений и пр. Как правило, от перечисленных причин

чаще всего погибают люди молодого (трудоспособного) возраста [5].

Цель исследования: анализ структуры и динамики смерти по результатам судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов по Джиззакской области Республики Узбекистан, зарегистрированных за период с 2010 по 2019 год. Изучению подвергались сведения постановлений (направлений) судебно-следственных органов, копии протоколов осмотра места происшествий (трупа), данные регистрационных журналов, катамнестические данные погибших, медицинские документы (при их наличии), результаты дополнительных и лабораторных исследований органов и тканей трупов. Полученные данные подвергли компьютерному количественному анализу в программе *Microsoft Office, Excel* и т. д.

Результаты исследования и их обсуждение.

За период с 2010 по 2019 год проведено 4033 случая экспертиз (исследований) трупов, из них 3589 (89%) случаев составляли смерти людей от внешних травматических воздействий – насильственная смерть. В 444 (11%) случаях – скоропостижная (внезапная) смерть, материнская смертность и другие виды ненасильственной смерти.

Динамика показателей общей смертности и насильственной смерти изучена и по годам показана на рис. 1. В 2010 году было выявлено 248 случаев насильственной смерти, в 2011 году – 259, в 2012 году – 284, в 2013 году – 300, в 2014 году – 333, в 2015 году – 410, в 2016 году – 413, в 2017 году – 468, в 2018 году – 444, в 2019 году – 430.

При анализе видов насильственной смерти выявлены: 1935 случаев (54%) – механические повреждения, 1343 (37,4%) – механические асфиксии, 120 (3,3%) – отравления, 127 (3,5%) –

действие крайних температур и действие электричества – 64 (1,8%) (рис. 2). Наибольшее количество смертностей составляют механические травмы (54%). В Российской Федерации в 2003–2017 гг. объем экспертных исследований в связи с механической травмой относительно общих объемов работ при насильственной смерти составлял немного более 40% [1,6].

Структура причин смерти от механических повреждений по годам приведена на рис. 3, где выявляются следующие показатели: 2010 год – 166, 2011 год – 173, 2012 год – 150, 2013 год – 158, 2014 год – 204, 2015 год – 203, 2016 год – 201, 2017 – год 227, 2018 год – 233, 2019 год – 220 случаев.

Повреждения транспортными средствами составляют 1570 (81,1%) случаев.

Повреждения от воздействия различных типов твердых предметов составляют 222 (11,5%), повреждения, причиненные острыми предметами – 124 (4,6%) случая и огнестрельные повреждения – 19 (1,0%) (рис. 4).

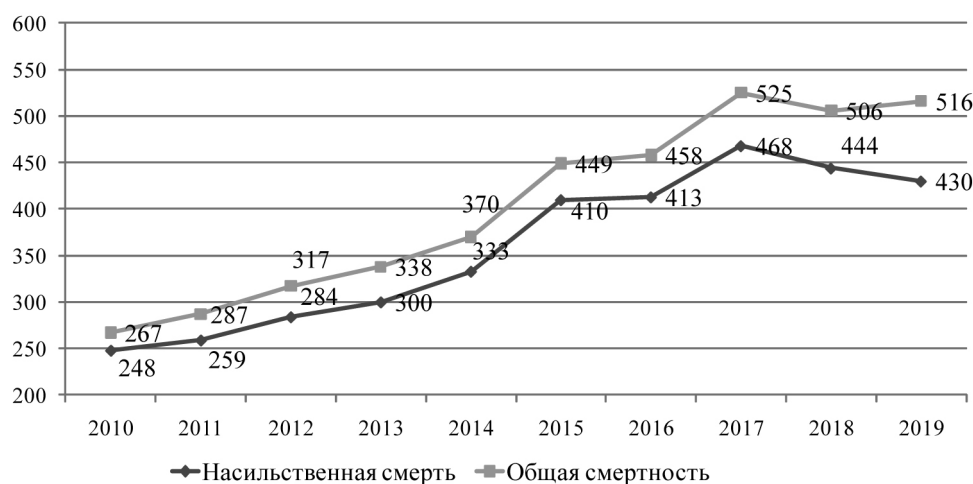


Рис. 1. Характеристика общей смертности и насильственной смерти по годам (абс.)



Рис. 2. Структура насильственной смерти за 10 лет (5)

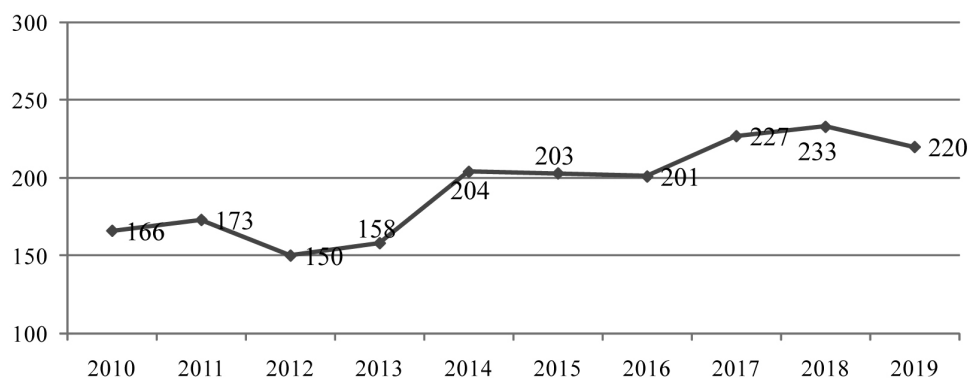


Рис. 3. Характеристика механических повреждений в структуре насильственной смерти за 10 лет (абс.)

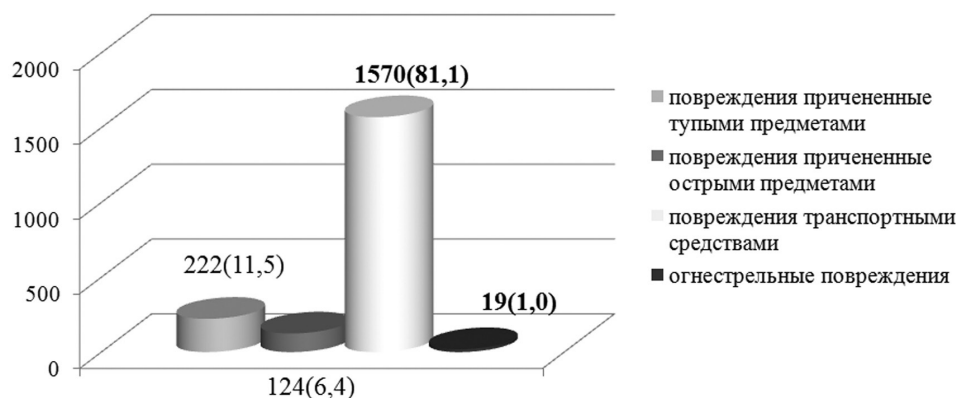


Рис. 4. Структура механических повреждений за 10 лет (%)

В структуре транспортного травматизма наибольшее число смертей приходится на автомобильные травмы – 1500 (95,5%). В динамике транспортных травм особых изменений не наблюдается (рис. 5).

На долю механических асфиксий приходится 1343 (37,4%) случая и занимает второе место среди причин насильственной смерти. Структу-

ра механических асфиксий: странгуляционная асфиксия, в основном повешение – 925 случаев (69%), утопление – 296 (22%), обтурационная асфиксия – 100 (7,4%) и компрессионная асфиксия – 22 (1,6%). Если рассмотреть по годам, то наблюдается тенденция к росту смерти от странгуляционной асфиксии – повешения (рис. 6).

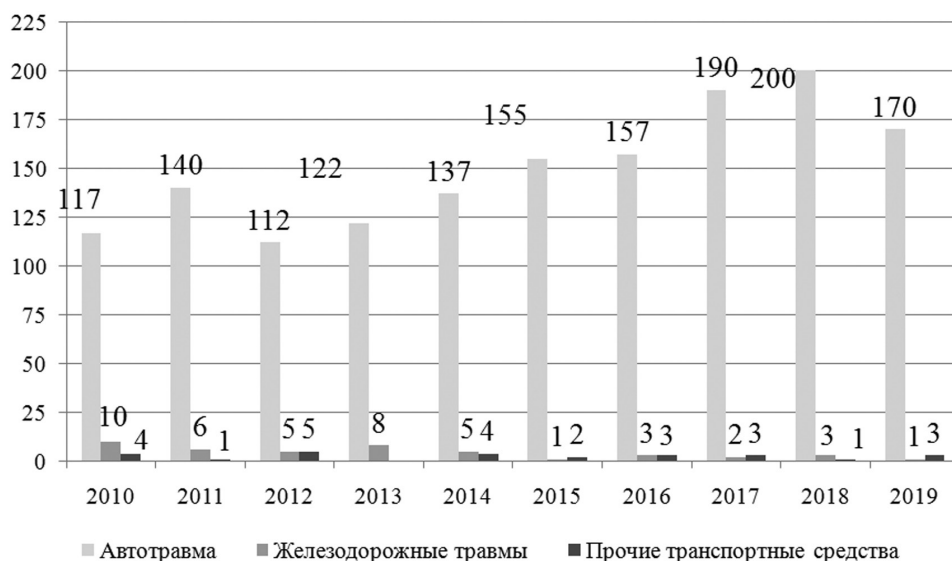


Рис. 5. Динамика транспортных травм (абс.)

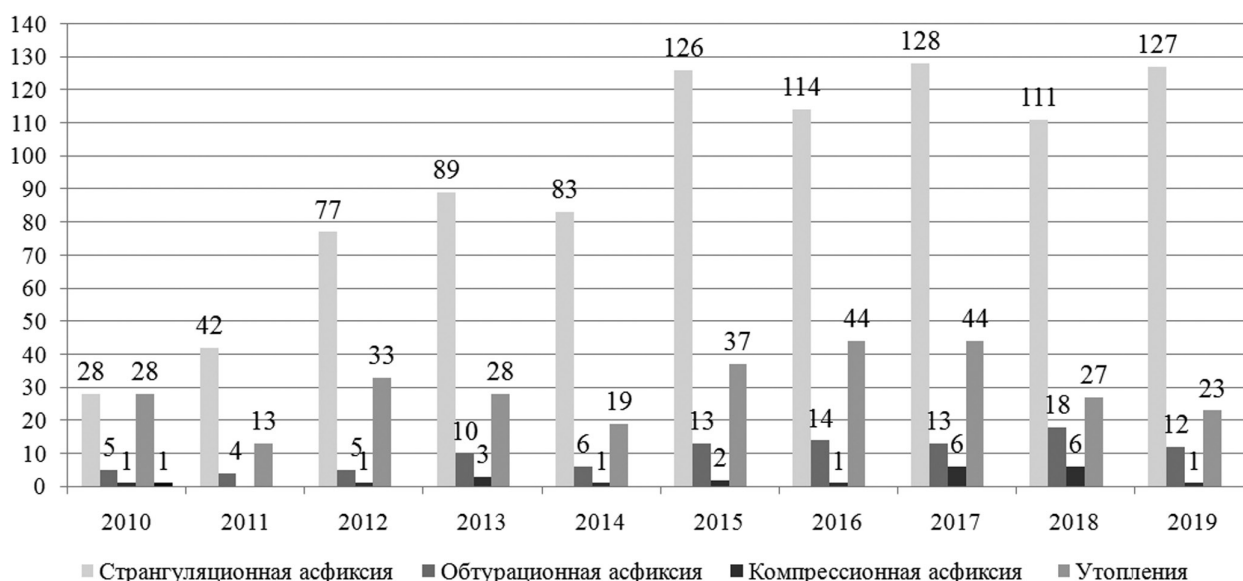


Рис. 6. Структура механических асфиксий за 10 лет (абс.)

Третье место в структуре насильственной смерти занимают повреждения физическими факторами. По нашим данным, смертность от термической травмы, в основном от ожогов пламенем при пожарах, составила 89 (70,1%), от низких температур – 38 (29,9%) случаев и 64 случая были вызваны электротравмой.

Отравления занимают четвертое место – 120 (3,3%) случаев. Отравление угарным газом занимает ведущее место – 73,3%. Отравления алкоголем и наркотическими средствами не зарегистрированы, а смерть от отравлений различными лекарственными препаратами составила 3,0% случаев. Также отмечались другие виды отравлений (23,7%).

По полученным данным, наиболее часто насильственная смерть наблюдается у лиц мужского пола, наибольший процент приходится на молодую (трудоспособный) возраст.

Вывод. За период с 2010 по 2019 год, по материалам судебно-медицинской экспертизы Джизакской области Республики Узбекистан, было зарегистрировано 4033 случая смерти людей. Из них 89,0% (3589) составляет смертность от воздействия различных повреждающих факторов – насильственная смерть. При этом наиболее часто погибали лица мужского пола, в молодом возрасте. По видам ведущие места занимают механические повреждения, в основном автомобильная травма, а также механические асфиксии (повешение), повреждения физическими факторами, преимущественно смертность от термической травмы, в основном от ожогов пламенем при пожарах.

Приведенные данные могут быть учтены в разработке и принятии профилактических и других необходимых мер по снижению и предотвращению различных видов насильственной смерти.

Статистические данные могут быть использованы для разработки научно-методических исследований по ведущим видам насильственной смерти для повышения качества знаний в области судебно-медицинской экспертизы.

Список литературы:

1. Актуальные вопросы транспортной травмы / В. А. Фетисов, С. А. Смиренин, А. В. Нестеров [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – № 1. – С. 50–54.
2. Динамика показателей смертности от внешних причин в Ленинградской области (судебно-медицинские данные) / Г. Н. Зарафьянц, В. Н. Лебедев, О. Е. Амелехина [и др.] // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – С. 42–48.
3. Максимов А. В. Роль бюро судебно-медицинской экспертизы московской области в формировании достоверной статистической отчетности причин смерти / А. В. Максимов // Судебная медицина. Наука. Практика. Образование. – 2016. – Т. 2, № 2. – 74 с.
4. Пиголкин Ю. И. Судебно-медицинская диагностика острой и хронической алкогольной интоксикации / Ю. И. Пиголкин, Ю. Е. Морозов, В. К. Мамедов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – № 1. – С. 30–33.
5. Причины смерти взрослого населения Санкт-Петербурга по данным судебно-медицинской экспертизы / Е. С. Мишин, Г. П. Лаврентюк, В. Д. Исаков [и др.] // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа: труды Всерос. научно-практ. конф., посвящ. 90-летию Санкт-Петерб. ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы/под ред. В. А. Клевню, В. Д. Исакова. – СПб., 2008. – С. 109–110.
6. Структура смертельной механической травмы в России (по материалам 2003–2017 гг.) / А. В. Ковалев, И. Ю. Макаров, О. В. Самоходская [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2019. – № 2. – С. 11–14.

УДК. 614.02

М.А. Иванова¹, О.В. Романова¹, О.В. Обухова¹, Н.М. Попова², В.А. Мерзляков³¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

³ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Иванова Маиса Афанасьевна — заведующий отделением «Нормирование труда медицинских работников»; 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11, тел.: 89163046117, e-mail: maisa961@mail.ru; Романова Ольга Владимировна — врач-дерматовенеролог кандидат медицинских наук; Обухова Ольга Валерьевна — заведующий отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения кандидат педагогических наук; Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Мерзляков Владимир Анатольевич — главный врач

Широкое распространение инфекций, передаваемых половым путем, и расходы на лечение заболевших представляют одну из актуальных проблем. Дана оценка эффективности реализации программ профилактики распространения инфекций, передаваемых половым путем в Удмуртской Республике за 2009–2014 гг.

Ключевые слова: экономическая эффективность; социальный эффект; профилактика; программы; инфекции, передаваемые половым путем

М.А. Ivanova¹, O.V. Romanova¹, O.V. Obukhova¹, N.M. Popova², V.A. Merzlyakov³¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Public Health and Health Care

³Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk, Udmurt Republic

ECONOMIC ASPECTS OF PREVENTING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Ivanova Maisa Afanasyevna — head of the Department «Health care provider work measurement», 11 Dobrolyubova St., Moscow 127254, tel.: 8 916 30 46 117, e-mail: maisa961@mail.ru; Romanova Olga Vladimirovna — Candidate of Medical Sciences, dermatovenereologist; Obukhova Olga Valeryevna — Candidate of Pedagogical Sciences, head of the Department of Health Care Economics and Resources Provision; Popova Natalya Mitrofanovna — Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department; Merzlyakov Vladimir Anatolyevich — head doctor

The wide spread of sexually transmitted infections and the cost of treating patients is one of the most pressing problems. The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of programs to prevent the spread of sexually transmitted infections in the Udmurt Republic in 2009–2014.

Key words: economic efficiency; social impact; prevention; programs; sexually transmitted infections

Несмотря на стремительное снижение показателей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), актуальность научных исследований по данной проблеме останется высокой [1,12,5]. Одной из значимых проблем для организаторов здравоохранения и врачей-дерматовенерологов является распространенность ИППП среди беременных и детского населения [3,9,11,16].

Рядом ученых отмечено, что эпидемиологическая ситуация во многом зависит от организации медицинской помощи пациентам с ИППП: раннее выявление и проведение профилактических мероприятий способствует прерыванию эпидемиологической цепочки [3,4,9,12,13,17,19].

Определенные трудности контроля над распространением ИППП создают миграционные потоки [5,14,15], самолечение и широкое распространение сети негосударственных медицинских организаций [18,16,7]. Все это благоприятствует формированию скрытых очагов инфекции, создавая трудности в их выявлении.

Таким образом, данные литературных источников свидетельствуют об актуальности изучения заболеваемости ИППП и разработки мероприятий по профилактике их распространения.

Цель исследования: оценка эффективности реализации программ профилактики распространения инфекций, передаваемых половым путем.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результативности реализации программ профилактики, разработанных и реализованных в Удмуртской Республике («Инфекции, передаваемые половым путем» на 2009–2011 годы» и 2012–2014 гг.). В работе использованы статистический и аналитический методы, рассчитывались интенсивные и экстенсивные показатели.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведен анализ реализации профилактических программ, утвержденных Постановлением Правительства Удмуртской Республики № 76 от 07.04.2008 г. и в соответствии с Законом Удмуртской Республики от 18.10.2006 г. № 44-РЗ «О республиканских и ведомственных целевых программах» («Инфекции, передаваемые половым путем» на 2009–2011 годы» и аналогичная Программа на 2012–2014 гг.).

Предпосылками для формирования данных программ явилась неблагоприятная ситуация по ИППП в Удмуртской Республике и их рост к 2006 г. (табл. 1) с изменением структуры заболеваемости и контингента пациентов, со значительным увеличением доли детского населения и беременных женщин.

В связи с этим приоритетной целью первой Программы стало снижение заболеваемости ИППП, реализация которой осуществлялась на протяжении 2009–2011 гг. с ориентированием на целевые индикаторы (табл. 2), в дальнейшем, на 2012–2014 гг., – совершенствование профилактической деятельности и организация специализированной медицинской помощи населению.

Общий объем финансирования программ составлял на 2009–2011 гг. 82581,1 тысяча рублей, на 2012–2014 гг. – 25154,6 тысяч рублей.

Ресурсное обеспечение программ предполагало решение задач по совершенствованию первичной профилактики ИППП; организации деятельности регионального Центра профилактики (для взрослых и для детей) и контроля над инфекциями, передаваемыми половым путем; обеспеченности бесплатными специфическими лекарственными средствами амбулаторно-поликлинических отделений; внедрение современных методов диагностики и лечения; укрепление материально-технической базы кожно-венерологических медицинских организаций и повышение квалификационного уровня врачебных кадров.

Таблица 1. Ранговое распределение Удмуртской Республики по распространенности заболеваний инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) в 2006 г.

Заболевания	Удмуртская Республика	
	в структуре территорий Приволжского ФО	в структуре территорий Российской Федерации
Сифилис	1	10
Гонорея	1	15

Таблица 2. Целевые индикаторы реализации Программ

Индикаторы	Базовые значения на 2007 г.	Погодовая динамика целевых показателей			Базовые значения II Программы	Погодовая динамика целевых показателей			Фактические значения целевых показателей
		2009	2010	2011		2012	2013	2014	
Уровень заболеваемости сифилисом, случаев на 100000 населения	89,6	80,6	72,6	65,3	83,5	78,6	74,0	69,6	27,7
Уровень заболеваемости гонококковой инфекцией, случаев на 100000 населения	120,9	108,8	97,9	88,1	108,1	101,7	95,8	90,2	35,7
Уровень заболеваемости сифилисом детей, случаев на 100000 детского населения 0–14 лет	5,7	5,1	4,6	4,1	3,2	2,8	2,4	2,0	1,1
Уровень заболеваемости детей 15–17 лет сифилисом, случаев на 100000 соответствующего населения	84,1	75,7	68,1	61,3	74,5	71,4	67,6	63,8	26,9
Уровень заболеваемости гонококковой инфекцией детей, случаев на 100000 детского населения 0–14 лет	3,3	3,0	2,7	2,4	4,8	4,4	4,0	3,6	1,1
Уровень заболеваемости гонококковой инфекцией детей 15–17 лет, случаев на 100000 соответствующего населения	183,4	165,0	148,6	133,7	133,8	127,3	119,8	112,2	64,9

К параметрам социально-экономической эффективности программ относится улучшение демографической ситуации в регионе за счет:

- восстановления репродуктивного здоровья населения;
- сохранения трудовых ресурсов республики; формирования здорового образа жизни населения за счет личной заинтересованности и ответственности граждан в отношении собственного здоровья и здоровья своих детей;
- повышения эффективности оказания медицинской помощи; улучшения эпидемиологической ситуации по ИППП и снижения психологической напряженности в обществе вследствие угрозы их распространения;
- снижения числа осложнений, вызванных ИППП.

Одним из критериев эффективности реализуемых программ является достижение базовых показателей по заболеваемости различных групп населения с ИППП и организация профилактических мероприятий.

Экономический эффект программ заключается в оптимизации государственных расходов на профилактику, диагностику и лечение пациентов с ИППП, выплату единовременных пособий в связи с временной нетрудоспособностью за счет снижения числа новых случаев заболевания ИППП, снижения числа госпитализаций и применения стационарзамещающих технологий (табл. 3).

Экономический эффект (Э2) вследствие снижения числа случаев временной нетрудоспособности пациентов с ИППП рассчитывался методом цепных подстановок, исходя из размера национального дохода, производимого одним работником в среднем за один рабочий день (по данным Росстата по Республике Удмуртия – 1255 руб.), среднего размера выплат по временной нетрудоспособности (по данным о средней заработной плате Республики Удмуртия, средний размер выплат по временной нетрудоспособности за анализируемый период составил

339,9 руб.). Из числа госпитализированных занятые в экономике субъекта Российской Федерации лица составили 54 %.

Расчеты экономического эффекта (Э2) вследствие снижения числа случаев временной нетрудоспособности пациентов с ИППП производились по формуле:

$$\text{Э2} = \sum_N (\text{Расходы ВУТ}_0 - \text{Расходы ВУТ}_N),$$

где расходы ВУТ – расходы вследствие случая временной нетрудоспособности.

Данный показатель рассчитывался по формуле:

$$\text{Расходы ВУТ} = \text{Кд.ср.} \times \text{Р} \times (\text{Нд} + \text{Пср}),$$

где Кд.ср. – среднее число дней пребывания пациента с ИППП в стационаре; Нд – средний размер национального дохода, производимого одним работником в среднем за один рабочий день, руб.; Пср. – средние выплаты пособий по ВУТ, руб.; Р – количество работающих человек из числа госпитализированных, чел.

Результаты расчетов экономического эффекта вследствие снижения числа случаев временной нетрудоспособности пациентов с ИППП (Э2) представлены в табл. 4.

За период 2009–2014 гг. экономический эффект вследствие снижения числа случаев временной нетрудоспособности и затрат на госпитализацию пациентов с ИППП составил 7 720,4 тыс. рублей.

Экономический эффект от снижения количества пациентов с сифилисом (Э3), нуждающихся в стационарном лечении, за счет перевода части из них на амбулаторное лечение, определялся методом цепных подстановок по следующей формуле:

$$\text{Э3} = \sum_N (\text{П} \times \text{ДГср} \times \text{КДс} - (\text{П} \times \text{Т} + \text{АмбПосещ} \times 2)),$$

где П – численность пациентов с сифилисом за 5 лет, переведенных на амбулаторное лечение; ДГ ср. – среднее число дней госпитализации одного пациента с сифилисом; КДс – стоимость одного койко-дня пребывания пациента с сифилисом в стационаре, руб.; Т – стоимость курса антимикробной терапии, которую пациенты получают амбулаторно, руб.; АмбПосещ – стоимость амбулаторного посещения, руб.

Таблица 3. Результаты расчетов экономического эффекта вследствие снижения затрат на госпитализацию пациентов

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2014	ВСЕГО
Число койко-дней госпитализации (Кд)	6620	5381	4641	4565	5052	5152	31411
Средняя стоимость койко-дня, тыс. руб. (СтКд.ср.)	0,777						
Расходы на госпитализацию, тыс. руб.	5143,74	4181,037	3606,057	3547,01	3925,4	4003,1	24406,3
Экономический эффект от снижения расходов на госпитализацию, Э1, тыс. руб.		962,703	1537,683	1596,74	1218,34	1140,64	6456,09

Таблица 4. Результаты расчетов экономического эффекта вследствие снижения затрат на госпитализацию пациентов

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2014	ВСЕГО
Число койко-дней госпитализации (Кд)	6620	5381	4641	4565	5052	5152	31411
Число госпитализированных с ИППП, чел. (Чгосп.)	411	359	282	272	252	264	1840
Среднее число дней пребывания пациента с ИППП в стационаре (Кд.ср.)	16,1	15,0	16,5	16,8	20,0	19,5	17,3
Средний размер национального дохода, производимого одним работником в среднем за один рабочий день, руб. ¹ (Нд)	1255,0						
Средние выплаты пособий по ВУТ, руб. ² (Пср.)	339,9						
Количество работающих человек из числа госпитализированных, чел. (Р)	221,9	193,9	152,3	146,9	136,1	142,6	993,7
Расходы в связи с ВУТ, тыс. руб.	5701,4	4634,4	3997,0	3931,6	4351,0	4437,1	27052,5
Экономический эффект в связи со снижением числа госпитализированных работающих пациентов с ИППП, Э2, тыс. руб.		1067,1	637,3	65,5	–419,4	–86,1	1264,3

Примечание: ¹по данным Росстата за 2009–2014 годы; ² по данным с сайта ФСС за 2009–2014 годы.

Результаты расчета экономического эффекта от снижения количества пациентов с сифилисом (Э3), нуждающихся в стационарном лечении, за счет перевода части из них на амбулаторное лечение, приведены в табл. 3.

Экономический эффект от снижения затрат на амбулаторные посещения и обследования пациентов с ИППП и лиц, находившихся в половом и тесном бытовом контакте с заболевшими (Э4) за рассматриваемый период рассчитывался, исходя из общего количества амбулаторных посещений дерматовенеролога пациентами с ИППП и лицами, бывшими в половом и тесном бытовом контакте с больными в динамике с 2009 по 2014 год, и средней стоимости амбулаторного посещения с полным обследованием на ИППП в размере 377,6 руб., и составил 21 214,71 тыс. руб.

Общий экономический эффект реализации Программы (Э) определяется по следующей формуле: $\text{Э} = \text{Э}_1 + \text{Э}_2 + \text{Э}_3 + \text{Э}_4$ и составил:

$\text{Э} = 6456,09 + 1264,3 + 14846,83 + 21\,214,71 = 43\,781,93$ тыс. руб.

Экономическая эффективность реализации Программы рассчитывалась как отношение экономического эффекта реализации Программы на объем финансирования Программы и составила: $43\,781,93 \text{ тыс. руб.} / 107\,735,7 \text{ тыс. руб.} = 40,6\%$.

Выводы. 1. Анализ экономической эффективности мероприятий по борьбе с распространением инфекций, передаваемых половым путем, в Удмуртской Республике за последние шесть лет показал наличие значительных потерь для экономики региона, вызванных заболеваемостью населения трудоспособного возраста.

2. Социальный эффект реализации программ профилактики распространения ИППП выражается в снижении заболеваемости ИППП в регионе в два раза, числа госпитализации в стационар – в 1,6 раза, числа койко-дней – на 22,2%.

3. Общий экономический эффект реализации Программы (Э) составил 43 781,93 тыс. руб. Экономическая эффективность реализации Программы, рассчитанная как отношение экономического эффекта реализации Программы на объем финансирования Программы, составила $43\,781,93 \text{ тыс. руб.} / 107\,735,7 \text{ тыс. руб.} = 40,6\%$.

Список литературы:

1. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова, И. Н. Лесная, А. А. Кубанов [и др.] // Вест. дерматол. венерол. – 2010. – № 5. – С. 4–21.
2. Анализ эпидемиологической ситуации и показатель организации медицинской помощи больным с социально значимой патологией / И. М. Сон, С. А. Леонов, А. Ф. Мейснер [и др.]. – Москва, 2005. – 143 с.
3. Брутова А. С. Экономические потери Российской Федерации от заболеваемости населения за 2012–2014 гг. / А. С. Брутова, О. В. Обухова, И. Н. Базарова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 2 (28). – С. 44–48.
4. Виноградова С. А. Медико-социальные характеристики больных, региональные особенности и факторы распространения гонококковой инфекции в Вологодской области: автореф. дис... канд. мед. наук / С. А. Виноградова. – М., 2011. – 26 с.
5. Выявляемость сифилиса и других социально значимых инфекций среди иностранных граждан и лиц без гражданства в медицинских организациях города Москвы: эпидемиологические и организационные аспекты / Н. Н. Потеев, М. А. Иванова, О. В. Жукова [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2019. – № 18 (4). – С. 399–404.

6. **Лосева О.К.** Социально-демографические и поведенческие характеристики беременных женщин, серопозитивных по сифилису / О.К. Лосева, Т.Н. Остроухова // ИППП. – 2002. – № 2. – С. 30–33.
7. **Люцко В.В.** Система оказания медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, и механизмы повышения ее эффективности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Люцко. – М., 2009. – 24 с.
8. **Мавров Г.И.** Медицинские и социальные аспекты коммерческого секса / Г.И. Мавров, Г.П. Чинов, А.А. Ярошенко // Международный медицинский журнал. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 147–156.
9. **Малыгина Н.С.** Медико-социальные и эпидемиологические характеристики сифилиса у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Малыгина. – 2010. – С. 25.
10. **Навроцкий А.Л.** Национальная стратегия и задачи по усилению контроля и профилактики инфекций, передаваемых половым путем / А.Л. Навроцкий // Международная научно-практическая конференция «Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем». – Гродно, 2005. – С. 11–16.
11. **Романова О.В.** Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Удмуртской Республике в динамике за 2006–2016 гг. / О.В. Романова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 3. – С. 76–80.
12. **Сакевич В.И.** Европа: заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем / В.И. Сакевич // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 473–474. – С. 1–6.
13. **Саразитдинова В.Ф.** Наиболее распространенные вирусные инфекции, передаваемые половым путем (герпетическая, папилломавирусная, цитомегаловирусная) / В.Ф. Саразитдинова // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – Т. 3. – С. 82–87.
14. **Стародубов В.И.** Динамика социопатий в современной России / В.И. Стародубов, А.С. Киселев, Ю.П. Бойко. – М., 2001. – 68 с.
15. **Стародубов В.И.** Наркоиммунитет региона: социально-экономический и медико-биологический аспекты / В.И. Стародубов, А.И. Татаркин [и др.]; под ред. В.И. Стародубова, А.И. Татаркина. – М., 2004. – 324 с.
16. **Шевченко А.Г.** Социально-экономическая эффективность целевых медицинских осмотров по выявлению инфекций, передаваемых половым путем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Шевченко. – М., 2008. – 25 с.
17. **Иванова М.А.** Беременность и сифилис. Клиническая дерматология и венерология / М.А. Иванова, Т.А. Соколовская, Н.В. Фриго. – 2019. – № 18 (5). – С. 556–561. – DOI:10.17116/klinderma201918051556.
18. **Domeika M.** Epidemiology and Management of Sexually transmitted infections in Europe / M. Domeika // International Scientific Practical Conference «Modern approach to the diagnostics, treatment and prophylaxis of sexually transmitted diseases». – Grodno, 2005. – P. 13–16.
19. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infection: 2006–2015. Key messages. – Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/RHR/6/10) (Available eE http://whglbdoc.who.int/hg/2006/WHO_RHR_06.10-end.pdf, accessed 19 March 2012).

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 930.1:623.4:355.73(470.51-25):614.255.3(091)

Н.Н. Иванова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра философии и гуманитарных наук

ИЖЕВСКИЙ ОРУЖЕЙНЫЙ ЗАВОД

В ОПИСАНИИ ЗАВОДСКОГО ВРАЧА И. И. АНДРЖЕЕВСКОГО: К 260-летию ГОРОДА ИЖЕВСКА

Иванова Нина Николаевна — кандидат исторических наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел. 8 (919) 917-45-37, e-mail: religioved08@mail.ru

В статье рассматривается эпидемиологическое состояние населения Ижевского оружейного завода после «Великих реформ» 1860–1870 гг. и факторы, его определявшие — социально-экономические, культурно-бытовые, экологические и т.д. Исследуется роль заводских врачей в изучении проблем профессиональной патологии.

Ключевые слова: заводская медицина; эпидемиология; «болотные болезни»; «патологический очерк»; медико-топографическое описание

N. N. Ivanova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Philosophy and Humanities

IZHEVSK WEAPON FACTORY IN THE DESCRIPTION OF THE FACTORY DOCTOR I. I. ANDRZHEEVSKY: TO THE 260TH ANNIVERSARY OF IZHEVSK

Ivanova Nina Nikolaevna — Candidate of Historical Sciences, Associate Professor; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034; tel.: 8 (919)917-45-37, e-mail: religioved08@mail.ru

The article deals with epidemic situation in the Izhevsk weapon factory in the period after the Great Reforms 1860–1870 and its main reasons: socio-economic, cultural, ecological etc. The role of factory doctors in the researching of professional pathologies is also studied.

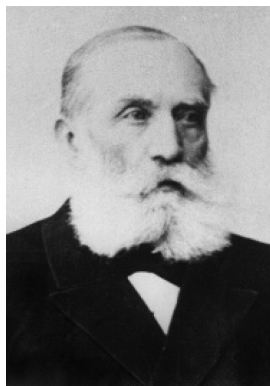
Key words: factory medicine; epidemiology; «the bog diseases»; «pathological essay»; medical-topographic description

Дореволюционная отечественная медицина вправе гордиться как видными учеными, так и рядовыми практикующими врачами, многие из которых были настоящими подвижниками, воспринимая свою деятельность как миссию служения народу. Они не только лечили физические недуги, но и просвещали, воспитывали, давали населению знания о гигиене, уходе за детьми, бытовой культуре и т.п. Примечательно, что даже обычные врачи, имея огромную профессиональную нагрузку, занимались научной работой и оставили множество исследований, которые содержат ценный материал не только по вопросам медицины, но и по другим проблемам — социально-экономическим, этнографическим, демографическим и т.д.

Цель исследования: показать вклад заводских врачей в изучение профессиональных, экономических, бытовых условий жизни ижевских

рабочих-оружейников и влияния этих факторов на их здоровье и физическое развитие.

Методы и источники изучения. Основные материалы по заводской медицине содержатся в фондах ряда центральных и региональных архивов [5], в отчетах врачей, их научных трудах [4,6]. Наиболее информативным видом источников являются медико-топографические описания городов, заводов, уездов и др. Они составлялись врачами по специальной форме и содержали следующие разделы: 1) топографический (климат, почва, вода); 2) экономический (развитие земледелия, промыслов); 3) этнографический (национальный и религиозный состав населения, быт, питание, воспитание детей, народная медицина); 4) медицинский (заболеваемость, смертность, эпидемии, состояние медицинских учреждений и др.).



Автором одного из таких описаний был Иван Иванович Андриеевский (1832–1915). Он родился в Витебской губернии в польской семье, в 1855 г. окончил Петербургскую медико-хирургическую академию и, получив звание лекаря, участвовал в Крымской войне.

В 1857 г. Андриеевский как военврач, по распоряжению Медицинского департамента, прибыл в Ижевский военный госпиталь. Здесь раскрылись его разносторонние способности – талантливого врача, бесстрашного защитника рабочих перед заводским начальством, ученого и публициста. Опубликованные им работы свидетельствуют о наличии несомненного литературного дара и активной жизненной позиции. Л. Ф. Змеев в книге «Былое врачебной России» назвал Андриеевского «ижевским Чеховым», описавшим свой «остров Сахалин» – Ижевский завод. Результатом его научных изысканий стала защита в Петербургской медико-хирургической академии докторской диссертации на тему: «Болотные болезни на севере. Медико-топографическое описание Ижевского оружейного завода» (1880).

И. И. Андриеевский намеревался «познакомить читателя с наиболее существенными особенностями патологии Ижевского оружейного завода, а вместе с тем и с условиями происхождения этих особенностей...» [1]. Этой цели подчинены структура и содержание «Болотных болезней».

В первой, «эпидемиологической», части диссертации исследуется «местность Ижевского завода и влияние ее на жизнь народонаселения», что является своеобразным очерком истории завода, где становление и развитие оружейного производства, периоды его экономического подъема и спада органично увязываются с экологией, семейно-бытовыми отношениями, нравами и т. п. Все это влияло и на эпидемиологическую ситуацию.

Изучив климат завода, Андриеевский делает вывод, что изменчивость и неприветливость погоды вятского края отражается «не только на здоровье человека, но и на психическом его настроении» [1]. Однако не только климат предопределял «эпидемиологию» Ижевского завода. По мнению доктора, условия труда и жизни

оружейников также способствовали увеличению смертности, особенно мужской, физическому вырождению населения, что даже при значительной рождаемости вызывало «быструю смену одного недолговечного поколения другим, еще более недолговечным» [1].

Вторую часть диссертации Андриеевский назвал «Патологический очерк Ижевского завода». Здесь он дал подробный анализ состояния здоровья на заводе, используя результаты собственной медицинской практики, что представляет несомненный интерес для специалистов по социальной гигиене и профессиональной патологии. «Болотные болезни» весьма познавательны и для исследователя-историка, т. к. содержат богатый материал по одному из значительных промышленных центров Российской империи XVIII–XIX вв., чей особый социокультурный тип сумел отразить в своем труде наблюдательный врач, кропотливый исследователь, талантливый писатель.

Отличительной чертой Ижевского завода было то, что он, по сути, представлял собой самое большое село Российской империи. Однако важен не его формальный административный статус, а специфический характер жизни ижевского населения. Например, многие заводские рабочие сохраняли связь с землей, имели в собственности луга, покосы, скот, что в принципе рабочим не свойственно. Автор сообщает о пестром этническом и религиозном составе «ижевцев»: русских насчитывалось 21 600 человек, татар – до 400, прочих инородцев и иностранцев – 700 человек. Среди них православных – 21 343, раскольников – 233, «магометан» – до 400, других исповеданий – 650 [1].

Вот как описывает Андриеевский «внешность завода»: «В настоящее время Ижевский завод есть самое крупное поселение в Вятской губернии. Улицы его широки, прямые, имеют направление с севера на юг... Мощеных улиц нет... По одной стороне... тянутся дощатые тротуары, которые дурно содержатся и нередко-таки бывают причиной несчастных случаев. Об освещении улиц нет и помина, и в темную осеннюю ночь пешеход рискует или завязнуть по уши в грязи или провалиться в канаву под тротуаром, или, наконец, быть ограбленным... Каменных зданий, за исключением казенных, насчитывается всего около двух десятков... В общем вид завода, несмотря на его обширность, напомина-

ет... больше деревню, чем город» [1]. Нагорная и низменная части завода заметно различаются: нагорная – сухая и более благоустроенная, низменная – сырая и нездоровая, где в основном обитает рабочее сословие.

Андржеевский связывает внешний вид завода, уровень жизни его населения, демографическую ситуацию с его экономическим состоянием и правительственной политикой. До конца 40-х гг. «положение ижевских оружейников было самое печальное» [1]. Низкая заработная плата была единственным источником их существования, к тому же частые эпидемии и высокая общая заболеваемость существенно ее сокращали. После большой эпидемии горячек 1842–1844 гг. на заводе были проведены значительные преобразования по улучшению быта оружейников, преимущественно в виде даровых пособий, однако население завода, по наблюдениям врача, по-прежнему «вырождалось физически и нравственно и подготовляло из себя почву для следующих эпидемий» [1]. Однако с 50-х гг., благодаря щедрым затратам правительства, зажиточность работающих стала возрастать, брак уменьшился, заработная плата в среднем достигала 80 руб. серебром в год на рабочего. Благодаря этим мерам смертность значительно уменьшилась.

После отмены крепостного права ситуация изменилась. Передача Ижевского завода в арендно-коммерческое управление и начавшееся перевооружение приводили к нестабильности в работе завода, к его частым остановкам. В 1867 г. произошло увольнение оружейников от обязательных отношений к казне. Оружейникам даны были права сельских обывателей и предоставлена свобода заниматься и впредь оружейным делом или переселяться на отведенные им земельные участки и стать хлебопашцами. При этом выдача пайков и аммуниционных денег, даровое обучение детей и даровое лечение сразу прекратились. С переходом завода в коммерческое управление правительство ликвидировало военный госпиталь, а Сарапульское земство не спешило брать на себя заботу об ижевских жителях. «Между тем болотные болезни продолжали свое дело..., смертность в заводе, составлявшая в 1866 г. 39 на 1 000 человек..., вдруг возвысилась в 1867 г. до 50 на 1 000» [1].

Для ижевских оружейников наступили тяжелые времена. Многие искусные мастера теряли работу, новое непривычное дело не спорилось

в руках, те, кто отправлялся искать заработок в Петербург, Киев, Варшаву или Тифлис, часто возвращались ни с чем. В 1872 г. завод перешел, наконец, в другие, более предприимчивые руки, а начавшаяся вскоре подготовка к будущей русско-турецкой войне, предоставлявшая заводу все новые и дорогие заказы, привела к значительному росту производительности завода. Оружейная фабрика начала вырабатывать до 150 тысяч ружей ежегодно. В результате экономического подъема число рабочих на оружейном и сталелитейном заводе возросло с 3 тыс. в начале 70-х гг. до 5 тыс. в 1878 г., а заработная плата увеличилась с 12 руб. 50 коп. в месяц почти до 17 рублей. Поселок заметно преобразился, «и самый вид возникающих теперь построек не поражает тем унылым, казенным однообразием, что прежде» [1].

Однако такое, на первый взгляд, благополучие является, по мнению врача, обманчивым. Для него очевидны «печальное состояние» санитарных условий в селении и в самой фабрике, «увеличивающаяся физиологическая слабость народонаселения... и некоторые другие ненормальные явления в жизни ижевского рабочего». Для Ижевского завода огромное преобладание смертности мужчин в трудоспособном возрасте (от 15 до 50 лет) над смертностью женщин было характерным на протяжении всей его истории. Эта закономерность объяснялась тем, что ижевский рабочий свою карьеру «начинает нередко с 10-летнего, иногда даже с 9-летнего возраста... Рабочий 15, а нередко даже 17 лет в ижевском заводе смотрится по телосложению совершенным еще ребенком, а что же сказать про детей моложе этих лет, которые работают теперь по 12, а нередко и по 15 часов в сутки, в душной атмосфере фабричных мастерских? Организм их, слабый уже от природы, окончательно хиреет и приостанавливается в своем развитии» [1]. Автор добавляет, что для детей не делается никаких исключений ни относительно продолжительности работы, ни относительно ее вредности [2]. Так, один из самых вредных видов работы – чистка металлическими щетками ружейных стволов, из-за ее легкости выполняется почти исключительно малолетними.

Широкое привлечение к заводским работам малолетних, по мнению Андржеевского, имеет несколько причин. Во-первых, высокая смертность мужчин трудоспособного возраста; во-вторых, труд ребенка обходится значительно

но дешевле; в-третьих, «... самую частою причиною поступления их на фабрику бывает то, что взрослый рабочий в семье или хворает без конца, или умер, или, наконец, попал в солдаты, и вся семья... сидит буквально без хлеба» [1].

Для Андржеевского бесспорна связь тяжелейших условий труда и жизни ижевского рабочего и состояния нравственности. Одним из главных пороков является пьянство. «После эндемических болезней это – величайшее зло в заводе... Ижевский оружейник отличается по преимуществу бесхарактерностью... При том же умственных развлечений у него нет никаких, а трактиры и кабаки... попадают на каждом шагу... В 1862 г. их было всего четыре, в 1874 г. 88, или 1 кабак на 273 жителя; теперь один кабак приходится уже на 190 жителей и 17 кабаков приходится на одну школу... Примеру взрослых усердно следует... и подрастающее поколение» [1].

Интересны бытовые наблюдения Андржеевского. Так, описывая одежду ижевского обитателя, он характеризует ее с точки зрения влияния на здоровье. Так, если старики придерживаются прежнего зипуна и длиннополого кафтана, то одежда молодежи часто не соответствует суровому климату: «преобладает куцое пальто, иногда из очень дорогого драпа и с *quasi*-бобровым воротником, а летом – «визитка», с неизбежным открытым жилетом и туго накрахмаленной манишкой. Счастливый обладатель такого «немецкого» костюма считает долгом в первый воскресный день показать себя в нем, прогуливаясь по улицам, причем грудь открыта у него всем ветрам, да и весь он дрожит от холода. Женщины до сих пор удержали прежний полумещанский, полукрестьянский костюм, но и здесь начинает уже проглядывать мотовство в виде бархатных кацавеек, бурнусов, щегольских ботинок и т. д.» [1].

Врач описывает и «домашний комфорт» ижевского оружейника: «Некрашенный деревянный стол, два-три таких же стула и по стенам лавки, да еще угловой шкафчик для посуды составляют обыкновенно всю мебель в доме оружейника. Кровать находится в редком доме... Спят обыкновенно на полатах или на печи, а если уж очень жарко, то на полу. В этом случае не составляют исключения даже очень зажиточные люди, построившие себе большие, красивые дома, в которых чистые комнаты с европейской мебелью или отдаются внаймы, или просто сто-

ят взаперти, для экстренных случаев, а между тем вся семья жмется где-нибудь в кухне, с тараканами и другими домашними насекомыми... Тем не менее чистота в домах оружейников поддерживается женщинами весьма удовлетворительно. По крайней мере раз в неделю, накануне воскресенья и вообще праздников, изба и вся мебель в ней дочиста вымываются. Тогда же обыкновенно «парится» и вся семья в бане, которая имеется почти при каждом доме, но большая часть бань построена по-черному, без трубы... Отдельных отхожих мест при доме не устраивается. Их заменяет хлев, или завешенный рогожей где-нибудь угол во дворе» [1].

О росте благосостояния оружейника свидетельствовало появление в его хозяйстве «предметов роскоши». «Тульский самовар составляет первый признак развивающегося довольства в доме оружейника. За ним идут дешевые стенные часы самых больших размеров. Как только является нужда, часы и самовар продаются более счастливому соседу, но при первой возможности приобретаются снова, и если уж нет этих предметов в доме, то, значит, бюджет оружейника находится в самом плохом состоянии» [1].

Пища оружейника, по мнению Андржеевского, также не вполне способствовала сохранению его здоровья. При этом это зависело не только от наличия средств, но и от укоренившихся традиций, условий работы, необходимости соблюдать посты и др. Основное место в рационе занимала растительная пища. «Свежая рыба, по своей редкости и дороговизне, доступна для немногих. Зато, очень много привозится в завод соленой и сушеной рыбы... Мясо употребляется весьма часто в форме различных пирогов и знаменитых пельменей, без которых не обходится ни одно заговенье и разговенье. Пельмени готовятся также из рыбы и даже из капусты. Относительно всего количества мяса, потребляемого в заводе, можно было с большою вероятностью заключить, что на каждого ижевского жителя приходится в год никак не менее 60 фунтов мяса (на 165 скоромных дней). Принимая в расчет, что большой огород при доме почти каждого оружейника дает более чем достаточный годовой запас овощей, и что в каждом почти доме имеется корова, нельзя не придти к заключению, что состав пищи ижевского оружейника может считаться вообще удовлетворительным» [1].

Однако врач обращает внимание на нездоровый режим питания, связанный с распорядком работы, который негативно влияет на ослабленный «худосочием» (т.е. анемией, развивающейся под воздействием «болотных горячек») организм рабочего. «В некоторых мастерских работа начинается с 5 часов утра и продолжается до 7 часов вечера (иногда и позже), с перерывом для обеда всего в два часа. Поэтому те оружейники, которые живут поближе к заводу, имеют возможность позавтракать (не всегда), пообедать и поужинать, но дальние должны довольствоваться одним только ужином. Они приносят с собой на работу ломоть хлеба и сушеную рыбу, которую расколачивают обухом, вымачивают немного в воде и, прихлебывая водой, съедают. Любимое питье составляет квас, иногда домашнее пиво, которое продается кружками на улицах» [1].

Для медика важным показателем являлась и личная чистоплотность населения. «Женщины вообще содержатся опрятно. К сожалению, нельзя сказать того же и о детях. Но чистоплотность мужчин находится в зависимости от способа их работы. Есть такие виды фабричных работ, при которых все тело рабочего покрывается слоем жидкой и притом жирной грязи (смесь минеральной пыли с маслом), которая глубоко проникает в кожу и отмывается с величайшим трудом, после многократных намазываний маслом. Такие рабочие вымываются дочиستا только один раз в неделю, в бане, и понятно, что только привычная, загорбелая кожа может переносить такую грязь, не воспаляясь» [1].

Отличительной чертой Ижевского завода являлось наличие военного госпиталя со штатом врачей уже с момента его создания. Между тем Андриеевский обеспокоен недоверием большой части населения к научной медицине. Многие жители по-прежнему обращаются к «келейной практике разных отставных или выгнанных из службы фельдшеров, знахарей и знахарок... Между средствами, которыми пользуются

знахари, особенного внимания заслуживают: мышьяк, употребляемый в больших приемах против лихорадок; киноварь внутрь и в виде окуриваний, и сулема, которую дают при сифилисе в виде раствора в водке, или в виде порошка, посыпаемого прямо на хлеб!» [1].

Вывод. Яркая картина повседневной жизни населения Ижевского оружейного завода, нарисованная И.И. Андриеевским, на первый взгляд может показаться слишком мрачной, демонстрирующей самые неприглядные стороны его существования. Однако не будем забывать, что это исследование практикующего врача, который стремился не угождать начальству или рафинированному читателю, а дать объективный комплексный анализ факторов, определявших состояние здоровья, физическое, психическое, нравственное развитие нескольких поколений ижевских оружейников в конкретных исторических условиях. Для Андриеевского, как и для большинства отечественных врачей пореформенного периода – земских, заводских, городских, санитарных – «охрана народного здравия» была неразрывно связана с социально-экономическими, культурными и нравственными проблемами. Многие из них считали идеальным «санитарный тип общества», в основе которого лежало не лечение болезней, а их предупреждение [3].

Список литературы:

1. **Андриеевский И.И.** Болотные болезни на севере. Медико-топографическое описание Ижевского оружейного завода / И.И. Андриеевский. – СПб., 1880. – 104 с.
2. **Ниссолович Л.Н.** История заводско-фабричного законодательства в России / Л.Н. Ниссолович. – СПб., 1882. – 310 с.
3. **Португалов В.О.** Источники болезней / В.О. Португалов // Дело. – СПб., 1869. – С. 81 – 114.
4. **Радаков А.Н.** Сборник медико-топографических сведений о Вятской губернии / А.Н. Радаков. – Вятка, 1878. – 268 с.
5. Российский государственный исторический архив, г. С.-Петербург, ф. 1297; Государственный архив Кировской области, ф. 565; Центральный государственный архив УР, ф. 4.
6. **Спасский И.А.** Опыт изучения влияния некоторых работ ижевских оружейников на их здоровье и физическое развитие / И.А. Спасский. – СПб., 1888. – 204 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.379-008.64-06:616.33/.34:612.117

А. Е. Шкляев¹, Ю. В. Горбунов¹, Ю. И. Галиханова¹, А. С. Пантюхина¹, В. Г. Иванов², А. А. Пашина²

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

¹Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

²Кафедра клинической биохимии и лабораторной диагностики ФПК и ПП

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ СЕРОТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТОВ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шкляев Алексей Евгеньевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412)68-52-24, e-mail: nir@igma.udm.ru; Горбунов Юрий Викторович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Галиханова Юлия Ивановна — ординатор кафедры; Пантюхина Ангелина Сергеевна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Иванов Вадим Геннадьевич — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; Пашина Альфина Альбертовна — ординатор кафедры

Изучены особенности содержания серотонина в сыворотке крови больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта. В исследовании приняли участие 23 пациента с сахарным диабетом 2 типа. Содержание серотонина в крови определялось методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов «Serotonin ELISA Fast Track». С целью изучения качества жизни и состояния желудочно-кишечного тракта пациенты отвечали на вопросы опросников GSRS и GerdQ.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа; желудочно-кишечный тракт; серотонин; GSRS; GerdQ

A.E. Shklyayev¹, Yu.V. Gorbunov¹, Yu.I. Galikhanova¹, A.S. Pantyukhina¹, V.G. Ivanov², A.A. Pashina²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Department of Clinical Biochemistry and Laboratory Diagnostics of the Faculty of Advanced Training for Doctors

TYPE 2 DIABETES: FEATURES OF SEROTONIN CONTENT IN BLOOD SERUM IN CASE OF CONCOMITANT GASTROINTESTINAL PATHOLOGY

Shklyayev Alexey Evgenyevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, professor of the department; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 68-52-24, e-mail: nir@igma.udm.ru; Gorbunov Yuriy Viktorovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the department; e-mail: gorbunov@igma.udm.ru; Galikhanova Yulia Ivanovna — resident of the department; e-mail: galihanova_julia@mail.ru; Pantyukhina Angelina Sergeevna — Candidate of Medical Sciences, lecturer of the department; Gennadyevich Ivanov Vadim — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, associate professor of the department; Pashina Alfina Albertovna — resident of the department

The features of serotonin content in blood serum of patients with type 2 diabetes mellitus with concomitant gastrointestinal pathology were studied. The study involved 23 patients with type 2 diabetes. Serotonin levels in the blood were determined by enzyme immunoassay using the Serotonin ELISA Fast Track reagent kit. In order to study the quality of life and the state of the gastrointestinal tract, patients answered questions from the GSRS and GerdQ questionnaires.

Key words: type 2 diabetes mellitus; gastrointestinal tract; serotonin; GSRS; GerdQ

Сахарный диабет (СД) представляет собой глобальную медико-социальную угрозу для здоровья человека и общества в целом, в связи с высокими темпами роста распространенности данного заболевания, которые приобрели масштаб мировой эпидемии [1].

Общая численность пациентов с СД в РФ на 31.12.2018 г., по данным Федерального регистра больных сахарным диабетом (ФРСД) составила 4584575 (3,13% от численности населения в РФ (146,5 млн чел.)), из них СД 1 типа — 5,6% (256202 чел.), СД 2 типа — 92,5% (4238503 чел.),

другие типы СД – 1,9% (89870 чел.). По данным ФРСД на 02.07.2019 г., больных СД 1 типа насчитывается 258125 человек, СД 2 типа – 4345633 человек. Распространенность СД 1 типа в РФ составляет 176,14 случаев на 100 тыс. населения (наибольшая распространенность в Вологодской области – 330,79 на 100 тыс. населения, наименьшая в Чеченской Республике – 37,03 на 100 тыс. населения), СД 2 типа в РФ составляет 2965,4 на 100 тыс. населения (наибольшая распространенность в Республике Хакасия – 4481,32 на 100 тыс. населения, наименьшая в Республике Тыва – 605,33 на 100 тыс. населения). Ситуация по СД в Удмуртской Республике на 02.07.2019 г. следующая: СД 1 типа – 1973 человек (по рейтингу субъектов РФ в порядке убывания количества больных УР занимает 47-е место из 84 регионов РФ), распространенность – 130,88 случаев на 100 тыс. населения (по рейтингу субъектов РФ в порядке убывания распространенности СД УР занимает 74-е место из 84 регионов РФ); СД 2 типа – 43059 человек (по рейтингу субъектов РФ в порядке убывания количества больных УР занимает 36-е место из 84 регионов РФ), распространенность – 2856,41 случаев на 100 тыс. населения (по рейтингу субъектов РФ в порядке убывания распространенности СД УР занимает 54-е место из 84 регионов РФ) [6].

В зависимости от продолжительности заболевания и степени нарушения физиологических функций СД может характеризоваться различной тяжестью течения, а также сопровождаться развитием большого количества осложнений. Важнейшими из них являются множественное поражение периферических нервов (полиневропатия), сосудистые осложнения (микро- и макроангиопатии). Процесс развития микроангиопатии носит генерализованный характер и происходит во всех органах и тканях больного диабетом, в том числе в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ЖКТ при СД поражается на всем протяжении, однако клинические проявления часто носят «мозаичный» характер [3].

Немаловажными факторами, усугубляющими расстройства функций органов пищеварения при СД, служат изменения профиля желудочно-кишечных аминов, в том числе серотонина [5].

В связи с вышеизложенным возникает необходимость изучения особенностей содержания серотонина у пациентов с СД 2 типа с нарушениями деятельности ЖКТ.

Цель исследования: изучить особенности содержания уровня серотонина в сыворотке крови у пациентов с СД 2 типа с симптомами поражения ЖКТ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 23 пациента с СД 2 типа, находившиеся на лечении в эндокринологическом отделении БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР». Их возраст варьировал от 49 лет до 71 года. Среди обследованных было 16 женщин (69,6%) и 7 мужчин (30,4%).

Исследование включало в себя два этапа. Первый этап: подписание информированного согласия, сбор жалоб, данных анамнеза (с целью выявления симптомов поражения ЖКТ), заполнение исследуемыми русскоязычных версий опросников *GSRS* и *GerDQ* (определение качества жизни и состояния желудочно-кишечного тракта) [4]. Второй этап (применение лабораторных методов): определение содержания серотонина в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (твердофазный конкурентный вариант иммуноферментного анализа с предварительным ацилированием серотонина) с использованием набора реагентов «*Serotonin ELISA Fast Track*». Забор крови из локтевой вены в вакутайнеры проводился в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований и только с письменного согласия пациентов.

Достоверность различий определялась по *t*-критерию Стьюдента для независимых выборок. Для определения корреляционных взаимосвязей использовался критерий корреляции рангов Пирсона. Результаты считались достоверными при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы *Microsoft Office Excel 2013*, *Statistica 10,0*.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя продолжительность заболевания СД составила $13,7 \pm 1,5$ года. У 43,5% обследованных уровень *HbA1c* был более 10%, в среднем – $10,2 \pm 0,4\%$. На инсулинотерапии находились 86,9% опрошенных, ее длительность составила $7,2 \pm 1,3$ года (от 1 до 19 лет).

По данным опросника *GSRS*, ведущими синдромами у обследованных являлись рефлюксный (86,9% опрошенных); диспепсический (69,6%) и абдоминальный (65,2%). Оценка результатов

данного опросника происходила по 7-балльной шкале. Результаты представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Изжога беспокоила практически всех опрошенных (90%), отрыжка кислым и тошнота – 69,6% и 52,2% пациентов, соответственно.

У 39,1% участников исследования балл по АР-шкале составил 4 и выше, что говорит о выраженности болевого синдрома.

Урчание в животе беспокоило 60,9% пациентов; вздутие живота – 69,6%, отрыжка воздухом и отхождение газов через кишечник – почти половину опрошенных. Также нами была выявлена достоверная прямая сильная корреляционная зависимость ($r=0,761$; $p<0,05$) между длительностью инсулинотерапии и выраженностью диспепсического синдрома, что вероятно связано с прогрессированием диабетических ангиопатии и нейропатии с увеличением длительности заболевания.

При оценке практически всех синдромов средний балл ответов на вопросы опросника *GSRS* был выше 2, что свидетельствует о неудовлетворительном качестве жизни пациентов.

Количество баллов по результатам заполнения опросника *GerdQ* составило от 3 до 15 (средний балл $6,1\pm0,7$). Сумма более 8 баллов наблюдалась у 26% опрошенных (рис. 2).

Таблица 1. Выраженность синдромов у обследованных по опроснику *GSRS* (в баллах)

Синдром	Все опрошенные	Мужчины	Женщины
Абдоминальный (АР)	$2,5\pm0,3$	$2,7\pm0,4$	$2,5\pm0,4$
Рефлюксный (RS)	$3,2\pm0,2$	$2,9\pm0,4$	$3,3\pm0,2$
Диарейный (DS)	$2,8\pm0,3$	$2,9\pm0,5$	$2,9\pm0,4$
Диспепсический (IS)	$2,8\pm0,3$	$1,8\pm0,5$	$3,2\pm0,4$
Констипационный (CS)	$1,5\pm0,2$	$1,8\pm0,4$	$1,4\pm0,2$
Общий балл	$12,9\pm0,9$	$12,1\pm0,9$	$13,2\pm1,2$

Таблица 2. Значения коэффициента корреляции

	Возраст	HbA1c	Длительность СД	Продолжительность инсулинотерапии	<i>GerdQ</i>	Абдоминальный синдром (GSRS)	Рефлюкс-синдром (GSRS)	Диспепсический синдром (GSRS)	Констипационный синдром (GSRS)	Диарейный синдром (GSRS)	Общий балл (GSRS)
Оба пола	0,12	0,137	-0,20	-0,112	0,324	0,231	0,352**	0,279	0,672*	-0,005	0,535*
Женщины	0	0,016	-0,28	-0,179	0,59*	0,317	0,589*	0,252	0,636*	0,126	0,549*
Мужчины	0,217	0,549	0,022	0,135	0,54*	-0,04	-0,343	0,408	0,699*	-0,071	0,408

Примечание: *отмеченные корреляции значимы на уровне $p < 0,05$; ** отмеченные корреляции значимы на уровне $p < 0,07$.

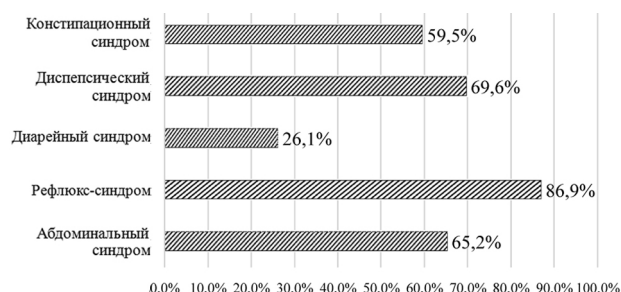


Рис. 1. Распределение ответов по результатам опросника *GSRS* (%)

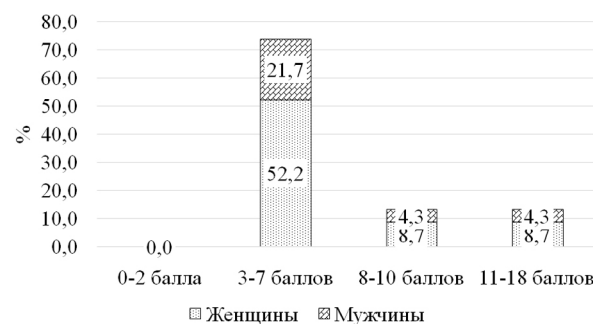


Рис. 2. Распределение пациентов по результатам опросника *GerdQ* (%)

Анализ результатов содержания серотонина в сыворотке крови у больных СД 2 типа: среднее значение составило $226,6\pm17,9$ нг/мл (минимальное значение – 107,7 нг/мл, максимальное – 459,3 нг/мл). У трети исследуемых показатели серотонина превысили физиологическую норму.

Значимые корреляционные взаимосвязи у пациентов с СД 2 типа выявлены между содержанием серотонина и выраженностью констипационного синдрома ($r=0,672$, $p<0,05$), а также суммарным показателем опросника *GSRS* ($r=0,535$, $p<0,05$). Следует отметить тенденцию к значимой корреляционной связи слабой силы между выраженностью рефлюксного синдрома и уровнем серотонина в периферической крови ($r=0,352$, $p<0,07$) (табл. 2).

Вышеуказанные взаимосвязи можно объяснить следующим образом (рис. 3) [2].

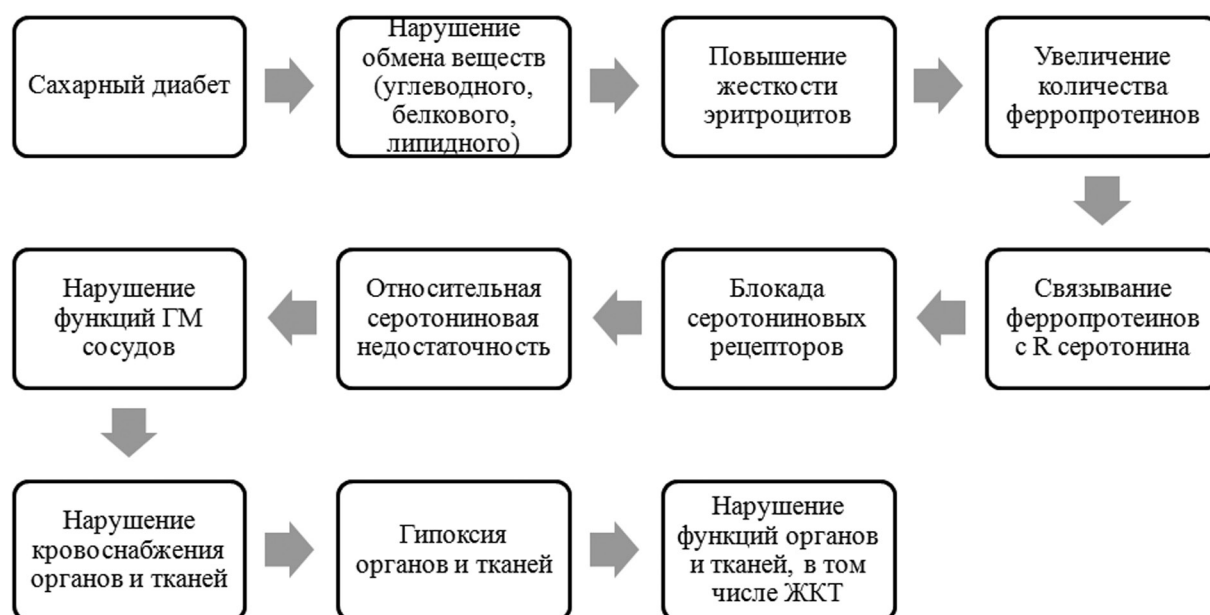


Рис. 3. Патогенез относительной серотониновой недостаточности при СД

Выводы. 1. Ведущими (по данным опросника GSRS) у пациентов с СД 2 типа являются рефлюксный, диспепсический и абдоминальный синдромы.

2. У трети опрошенных уровень серотонина в сыворотке крови превышает физиологическую норму, что может свидетельствовать о развитии относительной серотониновой недостаточности у пациентов с СД 2 типа.

3. Значимые корреляционные взаимосвязи выявлены между содержанием серотонина и выраженностью констипационного синдрома, а также общим баллом по шкалам опросника GSRS, что также может быть связано с развитием относительной серотониновой недостаточности у пациентов с СД 2 типа.

Список литературы:

1. Калининская А.А. Сахарный диабет: заболеваемость, профилактика и организация медицинской помощи

на первичном уровне / А.А. Калининская, Ф.А. Сулькиной, Д.С. Терентьева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 1. – С. 28–31.

2. Муха А.И.; Нероев В.В.; Филина А.А.; Лысенко В.С.; Корзенкова Л.В.; Фёдорова Н.В. Способ лечения серотониновой недостаточности у больных диабетической ретинопатией: пат. РФ № 2198634. – Патентообладатель Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. – 2003.

3. Полунина Т.Е. Патология желудочно-кишечного тракта при сахарном диабете / Т.Е. Полунина // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. – 2011. – № 5. – С. 36–42.

4. Шкляев А.Е. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника / А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 4. – С. 53–57.

5. Шульпекова Ю.О. Гастроэнтерологические проявления автономной диабетической нейропатии / Ю.О. Шульпекова // РМЖ. – 2011. – № 17. – С. 1111.

6. <http://diaregistry.ru/>

УДК 616.351-089

Д. К. Мухаббатов, М. К. Гулов, Ш. А. Каримов, Д. Д. Давлатов, Б. М. Хамроев

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе
Кафедра общей хирургии № 1

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕТРОРЕКТАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – профессор кафедры; 734032, г. Душанбе, ул. Борбад, 54, тел.: +992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru; М. К. Гулов, Ш. А. Каримов, Д. Д. Давлатов, Б. М. Хамроев

На основе ретроспективного анализа изучены причины и факторы развития послеоперационных осложнений у пациентов с острым ретроректальным парапроктитом. Разработанные пред- и интраоперационные профилактические мероприятия позволяют улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных с острым ретроректальным парапроктитом.

Ключевые слова: ретроректальный парапроктит; копчиковая кость; хирургическое лечение; дренирование гнойной полости

D. K. Mukhabbatov, M. K. Gulov, Sh. A. Karimov, D. D. Davlatov, B. M. Khamroev

Tajik State Medical University named after Avicenna, Dushanbe

Department of General Surgery No.1

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE RETRORECTAL PARAPROCTITIS

Mukhabbatov Dzhiyonkhon Kurbonovich — professor of the department; 734032, Dushanbe, 54 Borbad St., apt. 66, tel.: + 992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru; M. K. Gulov, Sh. A. Karimov, D. D. Davlatov, B. M. Khamroev

The causes and factors of the development of postoperative complications in patients with acute retrorectal paraproctitis were studied on the basis of a retrospective analysis. Developed pre- and intraoperative preventive measures can improve the immediate results of surgical treatment of patients with acute retrorectal paraproctitis.

Key words: retrorectal paraproctitis; coccygeal bone; surgical treatment; purulent cavity drainage

Одним из проблемных вопросов неотложной колопроктологии является ранняя диагностика и хирургическое лечение пациентов со сложными формами острого парапроктита, среди которых частота острого ретроректального парапроктита (ОРП) составляет 2,4–16,6% [1,3,7].

Несмотря на совершенствование хирургической тактики и внедрение новых технологий в диагностике и лечении пациентов со сложными формами острого парапроктита, гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 13–20%, у 4,0% пациентов происходит прорыв гнойника в брюшную полость и забрюшинное пространство, в бедро – у 1,2% и в мягкие ткани гениталий – у 2,0% [2,6,5].

В отдаленном периоде рецидив или переход заболевания в хроническую стадию течения развивается у 4–40%, у 6–27,9% – недостаточность анального сфинктера, формируются грубые рубцы в стенке прямой кишки и перианальной области, у 17–36% пациентов наблюдаются явления дискомфорта в области заднего прохода [4,8].

О целенаправленном исследовании клинического течения, причине поздней диагностики и тактики хирургического лечения ОРП, являющегося одной из сложных форм острого парапроктита имеется мало информации. Данное исследование посвящено изучению топографо-анатомической особенности ретроректального пространства, клинического течения и результатов хирургического лечения ОРП.

Цель исследования: поиск путей улучшения результатов хирургического лечения пациентов с ОРП.

Материал и методы исследования. На комплексном обследовании и лечении находились 1138 пациентов с ОРП в колопроктологическом

отделении городского медицинского центра № 2 г. Душанбе на базе кафедры общей хирургии № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино в период с 2010 по 2019 год. Из них заболевших острым ретроректальным парапроктитом было 117 (10,3%). У 92 (78,6%) из них был диагностирован острый первичный и у 25 (21,4%) острый рецидивный ретроректальный парапроктит. Возраст пациентов – от 18 до 78 лет, мужчин было 98 (83,8%), женщин – 19 (16,2%). Среди госпитализированных пациенты молодого возраста составили 78,3%, среднего – 17,4%, пожилого и старческого – 4,3%. Всем больным проводили клинико-лабораторные и биохимические исследования крови, УЗИ и определение индекса массы тела (ИМТ). Во время хирургического вмешательства изучен микробный состав гнойной полости.

Для достижения цели исследования все пациенты были распределены на две группы: контрольная группа (ретроспективный анализ) – 48 госпитализированных, которым применяли общепринятые методы лечения, и основная группа – 69 пациентов, которым применяли предложенную нами авторскую тактику хирургического лечения. В основной группе (проспективный анализ) в предоперационном периоде, кроме клинико-лабораторных методов исследования, нами были проведены дополнительные методы, такие как: рентгенография копчиковой кости, определение индекса массы тела, дифференцированный подход определения доступа, метода операции, способа дренирования гнойной полости в зависимости от вида инфекции. С целью уточнения расположения и формы копчиковой кости 55 (79,7%) пациентам проводили рентгенографию крест-

цово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях.

Для оценки раннего послеоперационного периода использовались: клинические (сроки исчезновения отека и инфильтрации параректальной клетчатки, динамика очищения послеоперационной раны и появления грануляционной ткани), бактериологические и цитологические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пациентам с ОРП в контрольной группе проводились вскрытия парапроктита с дренированием гнойной полости без обработки внутреннего отверстия в 44 (91,7%) случаях. Только в 4 (8,3%) случаях проводилось вскрытие парапроктита с проведением лигатуры через внутреннее отверстие и дренирование гнойной полости.

При анализе видов разрезов установлено, что из 48 пациентов 17 (35,4%) проводился полуовальный разрез, радиарный – 21 (43,7%), подковообразный разрез – 8 (16,7%) и 2 (4,2%) разрез в виде ракетки. Доступы в ретроректальное пространство для вскрытия парапроктита у 7 (14,6%) пациентов были через волокна анального сфинктера, у 4 (8,3%) – пересечением анальной копчиковой связки и у 37 (77,1%) пациентов – из параректальной области. Во время операции у 44 (91,6%) пациентов был поставлен пассивный дренаж силиконовой трубкой и резиновым выпускником и в 4 (8,4%) случаях – точно-промывное дренирование.

Проведенное комплексное обследование пациентов в основной группе в предоперационном периоде показало, что клиническая картина заболевания зависит от локализации гнойного процесса в ретроректальном пространстве (рац. предложение № 3451/RU 02 от 10.10.2019). Нами установлено, что гнойный процесс локализовался на 3 этажах ретроректального пространства (табл. 1).

В большинстве случаев выявлена средняя – у 22 пациентов (31,9%) и высокая – у 25 (36,2%) форма ОРП. У 16 (23,2%) пациентов выявлена низкая форма ОРП. У 6 (7,7%) из-за позднего обращения и распространения гнойного процесса во всем ретроректальном пространстве не удалось дифференцировать форму ОРП.

У 25 (36,2%) пациентов выявлена различная степень ожирения: I степень – у 11 (15,9%), II степень – у 9 (13%) и III степень – у 5 (7,2%) пациентов.

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от формы ретроректального парапроктита

Форма ОРП	Абс.число	%
Низкая	16	24,6
Средняя	22	31,9
Высокая	25	36,2
Недифференцированная	6	7,3
Всего	69	100,0

Из 55 пациентов у 29 (52,7%) установлено нормальное расположение копчиковой кости, у 12 (21,8%) – крючкообразная форма и у 14 (25,5%) пациентов – прямое расположение копчиковой кости.

ОРП наиболее часто установлен у лиц с гиперстеническим типом телосложения (47,8%) и нормостеническим – у 28 (40,6%) пациентов.

При изучении видов инфекций в основной группе пациентов относительно часто выявлен неспецифический ОРП, однако сравнительно высокая частота встречаемости клостридиальной и неклостридиальной анаэробной инфекции (табл. 2).

Наиболее часто неспецифическая инфекция выявлена у лиц с низкой и средней формами ОРП, клостридиальная и неклостридиальная анаэробная инфекция – со средней и высокой формами заболевания.

С целью интраоперационной профилактики повреждения нервно-сосудистого пучка, мышц анального сфинктера, анальной копчиковой связки и повреждения копчиковой кости усовершенствован доступ и разрезы для вскрытия ОРП и внедрена активная форма дренирования гнойной полости.

С учетом выявленных объективных факторов больным основной группы были проведены следующие виды операций (табл. 3).

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от вида инфекции

Вид инфекции	Абс.число	%
Банальная	52	75,4
Гнилостная	11	15,9
Анаэробная	6	8,7
Всего	69	100,0

Таблица 3. Характеристика операций у пациентов основной группы

Виды операции	Абс.число	%
Одноэтапная	22	31,9
Двухэтапная	30	43,5
Многоэтапная	17	24,6
Всего	69	100,0

10 пациентам с низкой формой ОРП и неспецифической инфекцией, у которых гнойный процесс располагался интрасфинктерно, провели радиарный разрез параллельно анально-копчиковой связки справа или слева (одномоментная радикальная операция). В контрольной группе пациентов проводили радиарный разрез через анально-копчиковую связку. Не всем больным с низкой формой и неспецифической инфекцией удалось провести первичную радикальную операцию. В 2 случаях у лиц с гиперстеническим типом телосложения и ожирением не удалось определить внутреннее отверстие, в связи с чем провели паллиативное вскрытие парапроктита с дренированием гнойной полости. В 4 случаях отмечены распространение гнойного процесса в виде подковы в другие пространства (ишиоректальной и подкожной клетчатки). Этим пациентам проводили дополнительные контрапертурные полуовальные разрезы в параректальной клетчатке. 4 больным с низкой формой ОРП с неклостридиальной анаэробной инфекцией проводили двухэтапное оперативное лечение, на первом этапе – вскрытие парапроктита с проведением дренирующей лигатуры и активным дренированием гнойной полости, а на втором этапе – обработка внутреннего отверстия.

10 госпитализированным со средней формой и банальной инфекцией было проведено одноэтапное радикальное хирургическое лечение в виде вскрытия парапроктита с обработкой внутреннего отверстия и дренированием гнойной полости.

Остальным 12 пациентам проведено двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе из разреза межсфинктерной борозды под контролем УЗИ был поставлен активный дренаж. В раннем послеоперационном периоде проведен мониторинг клинико-лабораторных показателей и под контролем УЗИ – объем гнойной полости. На втором этапе 8 пациентам выполнены отсроченная радикальная операция и 4 – дренирующие лигатуры. Из них 4 пациентам из-за ожирения, крючкообразной копчиковой кости и гиперстенического типа телосложения не удалось поставить активный дренаж ретроректального пространства. Данным больным и еще 7 пациентам с неклостридиальной анаэробной инфекцией из этой группы приходилось проводить полуовальный разрез в области межсфинктерной борозды и поставить активный дренаж традиционным способом. Кроме того, одному пациенту с клостридиальной анаэробной инфекцией провели полуовальный разрез в облас-

ти межсфинктерной борозды, активный дренаж традиционным способом и дополнительные контрапертурные полуовальные разрезы в параректальной клетчатке. При ретроспективном анализе установлено, что в контрольной группе больных при вскрытии ОРП в 11 случаях была рассечена анально-копчиковая связка и у 5 пациентов гнойник был вскрыт в просвет кишки рассечением анального сфинктера.

10 пациентам с высокой формой ОРП было выполнено активное дренирование гнойной полости под контролем УЗИ и проведена дренирующая лигатура, на втором этапе была выполнена отсроченная радикальная операция. Из-за крючкообразного и прямого расположения копчиковой кости и ожирения 4 больным не удалось провести дренирование гнойной полости под контролем УЗИ и был выполнен полуовальный разрез в области межсфинктерной борозды, активный дренаж традиционным способом. 6 больным с недифференцированной формой ОРП и 11 пациентам с высокой формой ОРП с анаэробной клостридиальной и неклостридиальной инфекцией с развитием флегмоны таза была выполнена многоэтапная паллиативная операция, вскрытие парапроктита с некрэктомией, дренирование гнойной полости и затеков. Из ретроспективного анализа установлено, что в контрольной группе у 9 больных была резецирована копчиковая кость и рассечена анально-копчиковая связка.

Результаты изучения микробного пейзажа гнойной полости приведены в таблице 4. В большинстве случаев выявлена смешанная микробная флора. При низкой и средней формах чаще встречается аэробная инфекция. Из аэробной инфекции чаще всего диагностирована *E.coli* – 75,9% и *St.aureus* – 64,8%. Анаэробная клостридиальная инфекция выявлена у 5,6% пациентов и анаэробная неклостридиальная – у 22,3%. Чем выше локализация гнойного процесса в ретроректальном пространстве, тем больше вероятность развития анаэробных инфекций.

Таким образом, при ретроспективном анализе установлено, что в контрольной группе больных для вскрытия парапроктита в 14,6% использовали разрезы через волокна анального сфинктера и в 8,3% – пересечение анальной копчиковой связки. В 85,4% использовали пассивное дренирование гнойной полости силиконовой трубкой и резиновым выпускником и в 8% – проточно-промывное дренирование. Пациентам контрольной группы проведено одноэтапное паллиативное оперативное лечение.

Таблица 4. Микробный пейзаж ОРП

Вид инфекции		Аэробная						Анаэробная		
Форма ОРП		<i>St. Aureus</i>	<i>St. epidermidis</i>	<i>Streptococcus</i>	<i>E. coli</i>	<i>Enterococcus</i>	<i>Proteus vulgaris</i>	<i>Proteus vulgaris</i>	Клостри- дальная	Неклостри- дальная
Низкая (n-15)		12	7	10	13	3	1	5	-	1
Средняя (n-22)		13	11	14	15	5	3	3	1	4
Высокая (n-17)		10	8	8	13	4	2	4	2	7
Всего	54	35	26	32	41	12	6	12	3	12
	%	64,8	48,1	59,3	75,9	22,3	1,2	22,3	5,6	22,3

В основной группе пациентов проведен дифференцированный этапный подход в зависимости от формы ОРП и внедрен усовершенствованный способ операции с дренированием гнойной полости. В основной группе 30,5% больных под контролем УЗИ традиционным способом проведено активное дренирование гнойной полости. Также усовершенствованы доступы к ретроректальному пространству – при низкой форме ОРП радиарным разрезом справа или слева параллельно анально-копчиковой связке, а при средней и высокой формах – полуовальным разрезом через межсфинктерную борозду.

Усовершенствованные способы операции и активные формы дренирования параректальной клетчатки у основной группы пациентов способствовали уменьшению перифокального отека и воспалительной инфильтрации окружающих рану тканей к 4–5 стукам после операции. Сравнительная оценка течения раннего послеоперационного периода показывает, что происходит сокращение сроков очищения раны от некротических масс на 2 дня, ранний переход к регенераторному типу цитограммы, сокращение сроков заживления раны на 3,5 дня и пребывания больных в стационаре на 2,5–3 суток.

В контрольной группе пациентов (ретроспективный анализ) в раннем послеоперационном периоде распространение гнойного процесса в другие пространства отмечено у 4 (10,4%) пациентов, кровотечение из послеоперационной раны у 3 (6,2%), резидуальная и рецидивная гнойная полость отмечена в 8 (16,7%) случаях, в основной группе пациентов вышеперечисленные осложнения отмечены соответственно у 3 (4,3%), у 1 (1,4%), у 4 (5,8%).

Выводы. Особенности клинического течения, развитие осложнений и поздняя диагностика ОРП связана с топографическими осо-

бенностями ректоректального пространства и формы заболевания. Наиболее часто клостридиальная и неклостридиальная анаэробная инфекция встречается при средней и высокой формах ОРП. На выбор доступа и способа дренирования ОРП влияют ИМТ, расположение копчиковой кости, формы заболевания и сопутствующие заболевания.

Усовершенствованный способ доступа и дренирование гнойной полости с учетом форм заболевания способствуют улучшению результатов хирургического лечения ОРП.

Список литературы:

1. Авзалов А. Н. Анализ госпитализированных больных с парапроктитом в республиканской клинической больнице / А. Н. Авзалов, И. М. Шигабутдинова, Е. В. Виноградова // Медицина. – 2017. – Том 2, № 9. – С. 7–12.
2. Болквдзе Э. Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис... д-ра мед. наук / Э. Э. Болквдзе. – Москва, 2009. – 32 с.
3. Боровикова О. П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного: автореф. дис... канд. мед. наук / О. П. Боровикова. – Санкт-Петербург, 2008. – 24 с.
4. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, А. В. Жабина [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2016. – Том 11, № 2. – С. 62–64.
5. Лечение парапроктита, вызванного ассоциациями *St. aureus* Cpr. *vulgaris*, *Morganella morganii* enterobacter AGGL / Р. С. Суфияров, М. А. Нуртдинов, З. Г. Габидуллин, А. А. Габдрахманова // Вестник ЮУрГУ. – 2012. – № 8. – С. 70–73.
6. Оптимизация предоперационной подготовки больных со сложными формами свищей прямой кишки / Д. К. Мухаббатов, Ш. А. Каримов, Ф. Х. Нозимов, Б. М. Хамроев // Доклады академии наук Республики Таджикистан. – 2017. – № 1. – С. 33–37.
7. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита / Б. М. Даценко, Т. И. Тамм, А. Б. Даценко [и др.] // Харьковская хирургическая школа. – 2009. – № 2 (34). – С. 25–26.
8. Abcarian H. Anorectal Infection: Abscess–Fistula // Clin. Colon Rectal Surg. – 2011. – V. 24, no. 1. – P. 14–21.

УДК 616.379-008.64-08:612.325

А. Е. Шкляев¹, Д. Д. Казарин¹, Е. Л. Баженов², Ю. В. Горбунов¹

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

¹Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

²Кафедра патологической анатомии

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шкляев Алексей Евгеньевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Казарин Даниил Дмитриевич — аспирант кафедры; 426054, г. Ижевск, ул. Школьная, 39-5, тел.: 8 (912)4507971, e-mail: ddkazarin@mail.ru; Баженов Евгений Леонидович — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; Горбунов Юрий Викторович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье дана оценка динамики морфологических изменений слизистой оболочки желудка в процессе эрадикационной терапии трехкомпонентной усиленной схемой лечения в течение 14 дней у пациентов с хроническим Helicobacter pylori-ассоциированным гастритом на фоне сахарного диабета 2 типа.

Ключевые слова: хронический гастрит; *Helicobacter pylori*; сахарный диабет 2 типа; морфология; слизистая оболочка желудка

A. E. Shklyayev¹, D. D. Kazarin¹, E. L. Bazhenov², Yu. V. Gorbunov¹

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Department of Pathological Anatomy

MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE GASTRIC MUCOSA DURING ERADICATION THERAPY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Shklyayev Alexey Evgenievich — Doctor of Medical Sciences, Professor, professor of the department; Kazarin Daniil Dmitrievich — postgraduate; 281 Kommunarov St., Izhevsk 42603, tel.: 8 (3412) 526201, e-mail: ddkazarin@mail.ru; Bazhenov Evgeny Leonidovich — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, associate professor of the department; Gorbunov Yuriy Viktorovich — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department

The article assesses the dynamics of morphological changes in the gastric mucosa during eradication therapy with a three-component enhanced treatment regimen for 14 days in patients with chronic Helicobacter pylori-associated gastritis combined with type 2 diabetes mellitus.

Key words: chronic gastritis; *Helicobacter pylori*; type 2 diabetes; morphology; gastric mucosa

Сахарный диабет (СД) является одной из самых актуальных медико-социальных проблем настоящего времени, что обусловлено значительным ростом заболеваемости, высокой частотой инвалидизации и сокращением продолжительности жизни пациентов [4,3]. Различные исследования свидетельствуют, что частота патологии желудка у больных СД несравненно выше, чем в общей популяции и различные гастроэнтерологические нарушения имеются у подавляющего большинства пациентов [10]. Хронический гастрит (ХГ) регистрируется у части пациентов еще до клинических проявлений сахарного диабета, однако при его сочетании с СД значительно меняется классическая клиническая картина заболевания, а также его морфологические и лабораторные признаки [11]. Основным этиологическим фактором развития хронического гастрита является бактерия *Helicobacter pylori* (HP), и пациенты с СД 2 типа — группа риска по инфицированию HP в силу нарушений сек-

реции, моторики ЖКТ и угнетения иммунитета [15]. С этих позиций хронический гастрит может рассматриваться как результат сложной поликаузальной реакции слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ в рамках общего синдрома дезадаптации при СД [7].

По современным представлениям, успехи в лечении заболеваний верхних отделов ЖКТ, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, непосредственно связаны с полной элиминацией микроорганизма. Эффективная эрадикация сопровождается устранением клинических симптомов, купированием активного воспаления в слизистой оболочке желудка (СОЖ) в течение 4–6 недель, предупреждением дистрофических и атрофических изменений. При этом исчезает нейтрофильная инфильтрация, снижается количество макрофагов, эозинофилов, плазмоцитов и лаброцитов в СОЖ [5,8,13].

Морфологическая диагностика считается «золотым стандартом» в выявлении хроничес-

кого гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, а гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка является в настоящее время ее основой [1].

Цель исследования: изучить морфологические особенности и динамику их изменений в процессе эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* у пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом на фоне СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 60 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хроническим НР-ассоциированным гастритом, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР Первая РКБ МЗ УР г. Ижевска. Средний возраст пациентов составил $61,9 \pm 4,5$ года. По данным анамнеза средняя длительность сахарного диабета 2 типа у пациентов составила $10,1 \pm 2,5$ года. Пациенты существенно не различались по таким признакам, как возраст, пол, социальный статус, ИМТ и длительность течения диабета. У всех пациентов диагноз «хронический гастрит» (ХГ) верифицирован морфологически в соответствии с Сиднейской (1990) и Хьюстонской (1996) классификациями, а также классификацией *Operative Link for Gastritis Assessment (OLGA, 2008)* на основании визуально-аналоговой шкалы [2]. Для определения инфицированности НР применяли: уреазный тест (ХЕЛПИЛ-тест), являющийся косвенным способом определения возбудителя по его ферментной (уреазной) активности; гистологический метод определения НР в биоптатах слизистой оболочки желудка, позволяющий провести количественную оценку результата, и метод определения антигенов возбудителя в кале методом иммуно-ферментного анализа (ИФА). Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, были инфицированы *Helicobacter pylori*. Подобные результаты подтверждают тот факт, что в сравнении с популяцией пациентов без нарушений углеводного обмена, больные СД 2 типа более подвержены инфицированию *Helicobacter pylori* [9].

С целью эрадикации *Helicobacter pylori* применялась тройная терапия, усиленная препаратом висмута в течение 14 дней согласно рекомендациям Маастрихт и Российской гастроэнтерологической ассоциации [6,16].

Для оценки морфологических изменений осуществлялся забор 5 образцов слизистой обо-

лочка желудка (3 биоптата из антрального отдела желудка и 2 биоптата из тела желудка) [14].

Пролиферативная активность эпителия СОЖ оценивалась по уровню экспрессии Ki-67-позитивных клеток, идентифицируемых мышиными моноклональными антителами (*DakoCytomation, Дания*).

Степень апоптоза оценивалась по экспрессии белка p53 в железистом и поверхностном типах эпителия СОЖ.

Статистическая обработка полученных в исследовании данных проводилась с использованием пакетов прикладных компьютерных программ *Microsoft® Office Excel 2007* и *Statistica v. 10.0*.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно клиническим рекомендациям по эрадикации *Helicobacter pylori*, снижение контаминации более 80% принято считать успешным. Контроль эрадикации проводился через 30 дней после окончания медикаментозной терапии для исключения ложноположительных результатов, в соответствии с международными рекомендациями [17]. Уровень эрадикации составил $85,9 \pm 1,3\%$, что позволяет оценить степень эрадикации как высокую.

При проведении гистологического анализа биопсийного материала признаки хронического воспаления антрального отдела желудка регистрировались у 56 (98,3%) пациентов, признаки хронического воспаления тела желудка – у 26 (43,3%) пациентов. Определялось наличие смешанной инфильтрации СОЖ такими клетками, как лимфоциты, макрофаги, плазмциты, а также единичные нейтрофилы. Эндотелиальный слой сосудов микроциркуляторного русла был значительно утолщен, наблюдались многочисленные микропиноцитозные везикулы, ядра клеток эндотелия имели неровные контуры, присутствовало небольшое количество гетерохроматина, также просветленный эухроматин. Базальная мембрана капилляров выглядела умеренно отечно. В просвете сосудов микроциркуляторного русла наблюдался застой плазмы. Как в дне желудка, так и в антральном отделе у небольшой части пациентов (10 человек, 16,6%) выявлены признаки атрофии СОЖ, а именно: истончение слизистой оболочки, склерозирование собственной пластинки слизистой, атрофия желез и повреждение специализированных клеток фундальных и пилорических желез. Кроме того, имелись признаки кишеч-

ной метаплазии эпителия СОЖ. В обкладочных клетках СОЖ внутриклеточный канальцевый аппарат был атонически расширен, присутствовали признаки деструкции микроворсинок. При этом наблюдалось уменьшение количества обкладочных клеток как в антральном отделе, так и в теле желудка. Кроме того, имела место перестройка реакций, характерных для местного иммунитета, что характеризовалось появлением межэпителиальных лимфоцитов и формированием лимфоидных узелков. С учетом характера изменений микроструктуры СОЖ, у пациентов выявлен неатрофический гастрит различной локализации (50 человек, 83,3%) и атрофический гастрит различной локализации (10 человек, 16,6%). После проведенной комплексной терапии достоверно снизилась частота выявленных гистологических изменений СОЖ. Так, отмечено увеличение числа главных клеток фундальных желез с типичной ультраструктурной организацией и большим количеством зрелых секреторных гранул, снизилось количество находящихся в покое тучных клеток вокруг сосудов микроциркуляторного русла, что привело к уменьшению проницаемости капилляров. Эти положительные изменения обеспечили уменьшение отека собственной пластинки слизистой оболочки, плотности мононуклеарного инфильтрата в ней и миграции лейкоцитов. Лимфоидные образования в СОЖ сохранялись, однако они становились крупнее и характеризовались широким светлым центром размножения.

Число Ki-67-позитивных клеток антрального отдела СОЖ до лечения составило $34,7 \pm 3,1\%$, после лечения – $23,6 \pm 1,6\%$, однако достоверных различий при этом выявлено не было ($p=0,096$).

Степень апоптоза оценивалась по экспрессии белка p53 в железистом и поверхностном типах эпителия СОЖ. До лечения экспрессия p53 в клетках СОЖ составила $9,9 \pm 3,1\%$, после – $7,9 \pm 1,7\%$, однако достоверных различий в частоте экспрессии p53 выявлено не было ($p=0,17$).

Выводы. Резюмируя результаты гистологического исследования, можно сделать несколько выводов. Во-первых, преимущественной локализацией ХГ, ассоциированного с *HP*, у пациентов с СД 2 типа является антральный отдел желудка (56 человек, 98,3%). Во-вторых, наблюдается преимущественно смешанная инфильтрация СОЖ при относительно небольшой выраженности атрофии СОЖ (98,3% против 8,3%

в антральном отделе желудка и 26,3% против 8,3% в теле желудка), то есть у пациентов, принимавших участие в исследовании, ХГ, ассоциированный с *HP*, являлся преимущественно поверхностным, а не атрофическим, что соотносится с результатами исследований, проведенных среди пациентов, не имеющих сопутствующей патологии в виде СД 2 типа [12]. В-третьих, успешная эрадикация *HP* оказывает существенное положительное влияние на выраженность воспалительных изменений и компенсацию атрофии СОЖ и эпителизацию эрозивных поражений у пациентов с СД 2 типа и хроническим *HP*-ассоциированным гастритом.

Список литературы:

1. Алферова В. В. Морфологические особенности продуктивного воспаления в желудке при хроническом гастрите, ассоциированном с *Helicobacter pylori* у детей / В. В. Алферова, Е. М. Никифорова // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 67–70.
2. Аруин Л. И. Новая классификация хронического гастрита / Л. И. Аруин, А. В. Кононов, С. И. Мозговой. – Москва, 2009. – 14 с.
3. Гуламов А. А. Организация консультативной помощи госпитализированным больным сахарным диабетом / А. А. Гуламов // Проблемы территориального здравоохранения: науч. тр. / ЦНИИ ОИЗ МЗ РФ. – М., 2005. – Вып. 7. – С. 212–215.
4. Дедов И. И. Сахарный диабет 2 типа. От теории к практике / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. – М., 2016. – 576 с.
5. Динамика показателей клеточного обновления эпителиоцитов слизистой оболочки желудка под влиянием различных схем противорецидивного лечения язвенной болезни / А. М. Осадчук, Ф. И. Комаров, М. А. Осадчук [и др.] // Клиническая медицина. – 2010. – № 2. – С. 50–53.
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Т. Л. Лапина [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – № 28 (1). – С. 55–70.
7. Кривоносова Е. М. Морфофункциональное состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с сахарным диабетом / Е. М. Кривоносова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2006. – № 738, Вип. 13. – С. 35–39.
8. Морфология поверхностного и атрофического гастрита при эрадикации *Helicobacter pylori* / А. В. Кононов, С. И. Мозговой, М. А. Ливзан [и др.] // Архив патологии. – 2005. – № 3. – С. 17–21.
9. Регенерация желудочного эпителия у больных с гастро-дуоденальными эрозиями / А. Е. Шкляев, А. Г. Бессонов, Ю. В. Горбунов [и др.] // Здоровье, демография и экология финно-угорских народов. – 2014. – № 4. – С. 43–45.
10. Трухан Д. И. Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом / Д. И. Трухан, Л. В. Тарасова, Л. Ю. Трухан // Справочник врача общей практики. – 2013. – № 8. – С. 51–59.

11. **Филиппов Ю.** Гастроэнтерологические нарушения при диабетической нейропатии / Ю. Филиппов // Врач. – 2011. – № 4. – С. 96–101.

12. Характеристика слизистой оболочки желудка при хроническом гастрите в процессе лечения СМРТ-форезом рассола санатория «Ува» / В. Н. Колясев, Ю. В. Горбунов, Е. Л. Баженов, А. Е. Шкляев, Э. С. Паутов // Морфологические ведомости. – 2006. – № 1–2. – С. 95–98.

13. Цитопротекторы в терапии заболеваний желудка. Оптимальный подход к выбору препарата / А. В. Яковенко, П. Я. Григорьев, Э. П. Яковенко [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2006. – № 2. – С. 56–59.

14. **Януль А. Н.** Система OLGA-2008: современная Международная гистологическая классификация хрониче-

ческих гастритов / А. Н. Януль, Г. П. Любутина // Военная медицина. – 2011. – № 3 (20). – С. 145–148.

15. Efficacy of different *Helicobacter pylori* eradication regimens in patient affected by insulin-dependent diabetes mellitus [Text] / A. Gasbarrini, V. Ojetti, D. Pitocco [et al.] // Scand. J. Gastroenterology. – 2000. – № 35. – P. 260–263.

16. **Malfetheriner P.** Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V [Text] / P. Malfetheriner, F. Megraud et al. // Gut. – 2017. – № 66. – P. 6–30.

17. **Malfetheriner P.** The European *Helicobacter* Study Group (EHSg). Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV / P. Malfetheriner, F. Megraud, C. O'Morain et al; Florence Consensus Report // Gut. – 2012. – № 61. – P. 646–664.

УДК 617.55-007.43-089.168.1:615.825

Э. В. Халимов, А. Ю. Михайлов, А. Ю. Веретенникова, З. И. Загидуллин

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

ЛФК В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Халимов Эдуард Вагизович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Михайлов Александр Юрьевич** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8-912-748-89-19; e-mail: dr.alexandrmich@gmail.com; **Веретенникова Алиса Юрьевна** – студент; **Загидуллин Зуфар Ильтузерович** – студент

В статье описано применение ЛФК в раннем послеоперационном периоде у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Лечебная физкультура оказывает опосредованное влияние на улучшение кровоснабжения мышц передней брюшной стенки, улучшение качества жизни в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи; лечебная физкультура; качество жизни

E. V. Khalimov, A. Yu. Mikhailov, A. Yu. Veretennikova, Z. I. Zagidullin

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of General Surgery

REHABILITATION EXERCISES IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

Khalimov Eduard Vagizovich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; **Mikhailov Aleksandr Yuryevich** – Candidate of Medical Sciences, lecturer; 281 Kommunarov St., Izhevsk, 426034, tel.: 8-912-748-89-19; e-mail: dr.alexandrmich@gmail.com; **Veretennikova Alisa Yuryevna** – student of the Faculty of General Medicine, **Zagidullin Zufar Iltuzerovich** – student of the Faculty of General Medicine

The article discusses applications of rehabilitation exercises (RE) in early postoperative period in patients with postoperative ventral hernia. Rehabilitation exercises have an indirect influence on improving blood supply in the muscle of anterior abdominal wall and enhancing the quality of life in early postoperative period.

Key words: postoperative ventral hernia; rehabilitation exercise; quality of life

Лечение грыж передней брюшной стенки является актуальной проблемой в хирургии, грыжи живота встречаются у 3–4% населения, а у пациентов пожилого и старческого возраста в 15–17% случаев [4].

Послеоперационные вентральные грыжи составляют 20–30% от общего количества грыж и занимают второе место после паховых, образуются в 7–24% случаев после операций, выполняемых через срединный лапоротомный доступ, чаще в течение 1 года. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж после

плановых операций достигает 4,0–18,1%, а после ургентных 18,1–58,7%. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж остаются неудовлетворительными из-за множества рецидивов, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, достигающих 10,0–45,5%, а при больших послеоперационных вентральных грыжах – 60,0% [8].

Основным стандартом для пластики грыжевого дефекта и укрепления мышц передней брюшной стенки в настоящее время является применение сетчатого эксплантата. Сетчатый

эксплантат – инородное тело, которое должно витализироваться в тканях передней брюшной стенки. Одним из ведущих качеств эндоматериалов является их биосовместимость [2]. Осложнениями грыжесечений в раннем послеоперационном периоде с развитием катаболической фазы до 5–7 дней являются гипостатическая пневмония, атония кишечника, тромбозы, функциональные нарушения эндокринной и кардиореспираторной систем, транспозиция эндопротеза. В этот период сокращается поток проприоцептивных раздражителей, что ведет к снижению лабильности нервной системы на всех ее уровнях, тонуса мускулатуры. В первые дни после операции показан постельный режим, однако ЛФК с первых часов послеоперационного периода снижает риск развития послеоперационных осложнений, помогает пациенту подготовиться к адаптивным нагрузкам [6,9].

Для успешной витализации сетчатого эксплантата в ткани передней брюшной стенки, особенно у пожилых пациентов, важным является функциональное состояние мышечной ткани. Однако при послеоперационных вентральных грыжах имеются дистрофические процессы в мышцах с нарушением микроциркуляции, функционально неполноценные мышцы приводят к разнообразным нарушениям. Назначение ЛФК в раннем послеоперационном периоде помимо профилактики общесоматических осложнений приводит к улучшению функционального состояния мышц передней брюшной стенки, положительно сказывается и на качестве жизни пациентов [1,7].

Цель исследования – разработать метод ЛФК в раннем послеоперационном периоде у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами для профилактики послеоперационных осложнений, с опосредованной физической нагрузкой на мышцы передней брюшной стенки, для улучшения витализации эндопротеза. Оценить влияние ЛФК на уровень качества жизни в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в хирургическом отделении БУЗ УР ГKB № 6 МЗ УР. Исследуемую группу составили 30 пациентов с вентральными послеоперационными грыжами в послеоперационном периоде грыжесечения с пластикой грыжевых ворот сетчатым эксплантатом. В основной группе было 14 пациентов, 7 (46,6%) женщин, 8

(53,4%) мужчин, средний возраст $52,0 \pm 13,0$ года. Дооперационный период (с момента возникновения грыжи – $1,8 \pm 1,2$ года. У 3 пациентов (10,0%) операция выполнена повторно. Группу сравнения составили 16 пациентов, 7 (43,8%) женщин, 9 (56,2%) мужчин, сопоставимую основную группу по возрасту, дооперационному периоду. По классификации *J.P. Chevre et A.M. Rath* 1999, грыжи находились в диапазоне *M* 1–3, *W* 2–4, *R* 0–1. С первого дня послеоперационного периода индивидуально с пациентами основной группы проводилась лечебная физкультура, были рекомендованы и самостоятельные занятия. Занятия проводились в постельном и полупостельном режиме. Для контроля результатов проводилась бесконтактная термометрия инфракрасным пирометром «*DEKO WD-01*» симметрично в 6 точках, на расстоянии 5,5 см от края послеоперационной раны (вне перевязочного материала). В работе опирались на данные о том, что локальное повышение температуры в парараневых структурах свидетельствует об улучшении микроциркуляции, оптимизации регенерации [3]. Известно, что движения верхних конечностей вызывают сокращения грудной мышцы, имеющей общий фасциальный футляр с прямой мышцей живота. Сокращение грудной мышцы приводит к кратковременному перераспределению тока крови из зоны большего давления в меньшую, то есть к прямой мышце живота, создается дренаж для прямой мышцы живота. Возникающий моторно-висцеральный рефлекс ведет к расширению сосудов, усиливая васкуляризацию мышц [5].

Упражнения выполнялись в исходном положении лежа, полусидя и сидя. В занятия лечебной гимнастики были включены дыхательные упражнения статического характера с использованием приемов откашливания и динамические упражнения для мелких и средних суставов конечностей. Для предупреждения застойных явлений в области малого таза были проведены движения для отводящих и приводящих мышц бедра и упражнения в ритмичном сокращении и последующем расслаблении мышц промежности. Занятия начинались с выполнения дыхательных упражнений с последующим «безболезненным» откашливанием. Например, больной делает вдох максимальной глубины через нос, затем, придерживая послеоперационную рану руками, делает выдох в виде кашле-

вых толчков. Продолжительность выполнения дыхательных упражнений 3–5 минут (5–8 раз в день). Упражнения для нижних конечностей применялись облегченные, чтобы не вызвать выраженного повышения внутрибрюшного давления. Они включали: движения пальцами стоп, скользящие движения ногами по постели, одновременное или поочередное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, не отрывая ступни от постели, наклоны согнутых в коленных суставах ног и др. Перечень упражнений в ранний послеоперационный период: 1-й день после операции, исходное положение лежа на спине. 1. Спокойное дыхание, руки вытянуты вдоль туловища (4–6 раз). 2. Сжимание и разжимание пальцев рук, вытянутых вперед (8–10 раз). 3. Сгибание и разгибание пальцев рук и ног (8–10 раз). 4. Руки в стороны, сгибание и разгибание рук в локтевых суставах (6–8 раз). 5. Подъем вверх вытянутых в стороны рук (вдох) и опускание рук (выдох) (4–5 раз). 2–3-й и последующие дни после операции, исходное положение лежа на спине. 1. Сжимание и разжимание пальцев рук (8–10 раз). 2. Диафрагмальное дыхание (3–4 раза). 3. Поочередное сгибание и разгибание рук в локтевых суставах (3–4 раза). 4. Дыхательные упражнения с вращением рук ладонями кверху (вдох) и книзу (выдох) (3–4 раза). 5. Сгибание и разгибание ног в коленных суставах, ступни скользят по постели (4–6 раз). 6. Движения пальцев ног и стоп (8–10 раз). 7. Спокойное дыхание (4–6 раз). Кроме лечебной гимнастики, рекомендовался массаж грудной клетки по 3–5 минут с приемами поглаживания, растирания и легкой вибрации. Упражнения делались в течение 10–15 минут до 5 раз в день. Для анализа качества жизни использовали «Способ определения качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде» И. А. Купан 2005 г., по которой определяются различия в состоянии пациентов в до- и послеоперационном периоде от 0 до 20 (выраженные нарушения) путем построения графиков. Опрос проводился на 2,4,6 день послеоперационного периода.

Результаты исследования и их обсуждение. После сеанса ЛФК в основной группе по завершению комплекса упражнений отмечено локальное повышение температуры передней брюшной стенки до $0,3 \pm 0,1$ °C, данные показатели сохранялись до 2 часов по завершению сеанса ЛФК. Согласно данным опросника

И. А. Купана, на вторые сутки послеоперационного периода различия в состоянии основной группы и группы сравнения были идентичны и составляли $12,0 \pm 3$ балла. На 4 сутки в основной группе отмечено снижение до $8,0 \pm 2$ баллов, в группе сравнения до $10,0 \pm 4$ баллов, по завершению исследования на 6 сутки послеоперационного периода в основной группе зафиксировано $5,0 \pm 1$ балл (42 % от измерения на 2 день), в группе сравнения $9,0 \pm 4$ (75,0 %) балла. В группе сравнения отмечено формирование двух сером в нижней трети послеоперационного рубца, в основной группе послеоперационных осложнений не отмечено.

Повышение температуры тканей передней брюшной стенки по завершению сеанса ЛФК является маркером анаболических процессов в тканях передней брюшной стенки. Локальная гипертермия тканей происходит за счет движений верхних конечностей, при исключении прямого мышечного напряжения передней брюшной стенки, что исключает транспозицию эксланта. Качество жизни пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде динамически нарастает до $5,0 \pm 1$ (42 %) балла, в группе сравнения не превышает $9,0 \pm 4$ (75 %) баллов.

Вывод. Таким образом, применение ЛФК в раннем послеоперационном периоде у пациентов улучшает витализацию сетчатого эксплантата, способствует значительному повышению качества жизни. Разработанный метод ЛФК может быть рекомендован для широкого применения у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Список литературы:

1. **Абдурахманов Ю. Х.** Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде / Ю. Х. Абдурахманов, В. К. Попович, С. Р. Добровольский // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 32–36.
2. Биомеханические свойства легких синтетических материалов для герниопластики: экспериментальное исследование / Б. С. Суковатых, А. А. Нетьяга, Ю. Ю. Блинков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2018. – XI. – № 3. – С. 154–160.
3. **Варганов М. В.** Клинико-экспериментальное обоснование вариантов эфферентной терапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии: автореф. дис... д-ра мед. наук / М. В. Варганов. – Ижевск, 2009. – 47 с.
4. **Иванов Ю. В.** Лапароскопическая аллогерниопластика послеоперационных вентральных грыж / Ю. В. Иванов, А. А. Терехин, О. Р. Шабловский // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2017. – № 10 (1). – С. 10–20.
5. **Майерс Т. В.** Анатомические поззды / Т. В. Майерс. – 1995. – 298 с.

6. **Нарезкин Д. В.** Анализ качества жизни больных с ущемленными вентральными грыжами в отдаленном послеоперационном периоде / Д. В. Нарезкин, Е. В. Сергеев, Т. Г. Чернова // Вестник Ивановской медицинской академии – 2015. – № 3. – С. 34.

7. Послеоперационные осложнения и летальность у больных старше 60 лет / А. Б. Багаев, П. П. Гагиев, А. К. Сиукаев [и др.] // Современные научные исследования и разработки. – 2019. – № 1 (130). – С. 164–172.

8. Профилактика послеоперационных грыж при срединных лапоротомиях / А. В. Федосеев, В. В. Рыбачков, А. С. Инютин [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – № 14 (1.1) – С. 16–18.

9. Современные способы хирургического лечения грыж и послеоперационная реабилитация больных с грыжами передней брюшной стенки / Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Е. И. Мичуров [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 2. – С. 124.

УДК 616.33-008.13:612.014.461:612.821.3

А. Е. Шкляев, Ю. В. Горбунов, Ю. И. Галиханова, К. В. Максимов

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

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Шкляев Алексей Евгеньевич – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров 281, тел.: 8 (3412)68-52-24, e-mail: nir@igma.udm.ru; **Горбунов Юрий Викторович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Галиханова Юлия Ивановна** – ординатор кафедры; **Максимов Кирилл Вячеславович** – аспирант кафедры

Изучены особенности влияния температуры питьевой воды на психоэмоциональное состояние студентов с функциональной диспепсией. Установлено, что употребление воды 25 °С способствовало повышению настроения, 30 °С – улучшению самочувствия и уменьшению депрессии, 35 °С, 40 °С – снижению показателей стресса у всех студентов. Определена обратная сильная корреляционная связь между температурой выпитой воды и показателями выраженности депрессии и стресса.

Ключевые слова: функциональная диспепсия; питьевой тест; психоэмоциональное состояние; студент

A. E. Shklyayev, Yu. V. Gorbunov, Yu. I. Galikhanova, K. V. Maximov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

INFLUENCE OF DRINKING WATER TEMPERATURE ON PSYCHOEMOTIONAL STATE STUDENTS WITH FUNCTIONAL DYSPESIA

Shklyayev Alexey Evgenyevich – Doctor of Medical Sciences, Professor, professor of the department; 281 Kommunarov St., Izhevsk, 426034, tel.: 8 (3412) 68-52-24, e-mail: nir@igma.udm.ru; **Gorbunov Viktorovich Yuriy** – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; **Galikhanova Yulia Ivanovna** – resident of the department; **Maksimov Kirill Vyacheslavovich** – graduate student of the department

The peculiarities of the influence of drinking water temperature on the psychoemotional state of students with functional dyspepsia were studied. It was found that the intake of drinking water of 25 °C contributed to improving mood, 30 °C – to promoting a feeling of well-being and reducing depression, 35 °C, 40 °C – to reducing stress indices in all students. The strong inverse correlation between the temperature of the water drunk and the severity of depression and stress was determined.

Key words: functional dyspepsia; drinking test; psychoemotional state; student

Функциональная диспепсия (ФД) является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний [1,2,3]. Функциональные нарушения чаще встречаются у молодых молодого и трудоспособного возраста, что придает им особую значимость и актуальность, так как укрепление здоровья студенческой молодежи в современных условиях является одной из доминирующих задач для федеральных и региональных программ, связанных со здоровьесбережением данного контингента населения [4,5]. В связи с вышеизложенным возникает необходимость изучения структуры ФД в сту-

денческой среде, а также характера воздействия различных факторов на психоэмоциональное состояние студентов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: провести сравнительный анализ воздействия различной температуры питьевой воды на психоэмоциональное состояние студентов с симптомами ФД.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ. В исследовании участвовало 36 студентов от 20 до 22 лет, средний возраст – 21,1±0,5 года.

Среди обследованных было 66,7% девушек и 33,3% юношей. Проводился сбор жалоб и данных анамнеза для выявления симптомов ФД. С целью определения психоэмоционального состояния все исследуемые студенты отвечали на вопросы психологических опросников (самочувствие, активность, настроение (САН), шкала психологического стресса *PSM-25*, определение уровня тревожности по методике Спилбергера-Ханина, диагностика уровня невротизации Л.И. Вассермана, шкала депрессии Бека). Все опрошенные после подписания информированного добровольного согласия в течение 4-х дней утром натощак употребляли негазированную питьевую воду (1-й день – 25 °С, 2-й день – 30 °С, 3-й день – 35 °С, 4-й день – 40 °С) до чувства полного насыщения и после 5-минутного отдыха заполняли вышеуказанные тесты. Были сформированы 2 группы по наличию и отсутствию симптомов ФД. Достоверность различий определялась по *t*-критерию Уилкоксона для зависимых и по *t*-критерию Манна-Уитни для независимых выборок. Использовался критерий корреляции рангов Пирсона. Результаты считались достоверными при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы *Microsoft Office Excel 2013, Statistica 10.0*.

Результаты исследования и их обсуждение.

Симптомы ФД выявлены у 50,0% обследуемых. Боли или жжение в эпигастральной области отмечены у одной четвертой студентов, симптомы постпрандиального дистресс-синдрома – у 41,7% участников исследования, смешанная форма ФД – у одной шестой части студентов. До начала эксперимента показатель самочувствия у студентов варьировал от 33 до 50 баллов (в среднем – $41,0 \pm 5,4$ балла), что соответс-

твует удовлетворительному уровню по шкале САН. Низкая активность до начала эксперимента была выявлена у 16,7% опрошенных. Средний показатель настроения составил $45,0 \pm 5,6$ балла, плохого настроения до начала эксперимента не было ни у одного студента. У одной пятой опрошенных наблюдалась легкая депрессия (в среднем – $7,2 \pm 4,3$ балла). У студентов с симптомами ФД данный показатель был выше, чем у их одноклассников без ФД ($9,8 \pm 2,9$ и $4,5 \pm 3,8$ балла, соответственно) ($p < 0,01$). Показатель стресса в среднем у всех опрошенных – $86,6 \pm 15,6$ балла. Уровень невротизации у 75,0% студентов был в пределах от 13 до 28 баллов, что соответствует среднему уровню по использованной шкале САН. У студентов с ФД количество баллов по уровню стресса ($p < 0,01$) и невротизации ($p < 0,05$) было выше по сравнению с контрольной группой. Высокая ситуативная тревожность выявлена у одной третьей исследуемых. Показатель личностной тревожности был высоким почти у половины опрошенных. Значимые корреляционные взаимосвязи у студентов всех групп выявлены между температурой употребляемой воды и уровнями депрессии и стресса ($r = -0,990$, $p < 0,05$ и $r = -0,953$, $p < 0,05$). С повышением температуры употребляемой воды отмечается уменьшение уровней депрессии и стресса. Очевидно, это связано с тем, что теплая вода улучшает кровообращение органов ЖКТ, расслабляет гладкую мускулатуру пищеварительного тракта и нормализует перистальтику, что приводит к уменьшению выраженности болей и дискомфорта в животе. По данным питьевого теста с водой разной температуры показатели психологических опросников менялись следующим образом (табл.).

Таблица. Результаты психологического обследования студентов-медиков

Студенты без симптомов ФД					
Шкалы	До приема воды	25 °С	30 °С	35 °С	40 °С
Самочувствие	$41,3 \pm 5,7$	$50,1 \pm 5,2^{**}$	$45,0 \pm 7,0^{*}$	$42,0 \pm 5,6^{**}$	$41,7 \pm 7,0$
Активность	$38,2 \pm 3,7$	$40,0 \pm 6,2$	$40,2 \pm 5,7^{*}$	$38,3 \pm 4,0$	$39,5 \pm 4,3$
Настроение	$45,8 \pm 3,4$	$50,5 \pm 7,9^{**}$	$46,7 \pm 6,1$	$46,7 \pm 2,4$	$44,5 \pm 5,7$
Депрессия	$4,5 \pm 3,8$	$3,7 \pm 2,7$	$2,7 \pm 2,7^{**}$	$1,2 \pm 1,8^{**}$	$1,2 \pm 1,5^{**}$
Стресс	$78,8 \pm 11,5$	$73,3 \pm 16,7$	$76,0 \pm 12,9$	$65,0 \pm 10,9^{**}$	$61,5 \pm 13,2^{**}$
Ситуативная тревожность	$42,0 \pm 14,5$	$35,0 \pm 8,9^{*}$	$38,0 \pm 8,6$	$36,7 \pm 8,5$	$36,7 \pm 8,4^{*}$
Личностная тревожность	$41,5 \pm 14,2$	$38,0 \pm 8,9$	$39,0 \pm 9,6$	$40,2 \pm 8,1$	$38,7 \pm 9,3$
Невротизация	$13,3 \pm 6,1$	$12,2 \pm 4,4$	$13,2 \pm 5,9$	$11,7 \pm 4,7$	$10,7 \pm 5,7^{**}$
Студенты с симптомами ФД					
Самочувствие	$40,7 \pm 5,5$	$43,0 \pm 10,7^{##}$	$46,5 \pm 5,2^{**}$	$36,6 \pm 11,8$	$40,0 \pm 9,2$
Активность	$36,2 \pm 11,6$	$38,8 \pm 14,4$	$36,5 \pm 12,3$	$33,3 \pm 13,4$	$37,2 \pm 8,8$
Настроение	$44,2 \pm 7,2$	$49,2 \pm 9,6$	$46,2 \pm 7,1$	$44,8 \pm 7,5$	$46,0 \pm 5,5^{**}$

Окончание таблицы

Шкалы	До приема воды	25 °C	30 °C	35 °C	40 °C
Депрессия	9,8±2,9###	8,8±4,4##	7,5±2,6*, ##	7,7±4,9##	6,2±3,5**, ##
Стресс	94,3±15,6##	88,2±15,3*, ##	84,8±17,4	80,8±16,2**	73,5±25,5**
Ситуативная тревожность	41,9±3,7	38,0±8,0	40,8±4,8	43,3±9,6	41,7±10,1
Личностная тревожность	46,7±7,6	45,5±10,1	43,5±6,9	45,5±8,3	44,3±9,3
Невротизация	18,5±4,2#	17,7±6,0##	19,5±5,9##	20,3±6,2##	19,8±8,1##

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ – достоверность различий значений по сравнению с исходными данными в группе; # – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$ – достоверность различий между группами в ходе эксперимента.

При употреблении воды любой из вышеуказанных температур отмечаются достоверно более низкие показатели депрессии и невротизации у студентов без симптомов ФД, чем у имеющих таковые ($p < 0,01$).

При употреблении воды температурой 25 °C самое хорошее самочувствие наблюдается у студентов без ФД – 50,1±5,2 балла ($p < 0,01$). Показатели самочувствия у здоровых обследованных стали существенно выше, чем до начала эксперимента ($p < 0,01$). Настроение улучшилось у студентов всех групп ($p < 0,01$). Отмечался достоверно более низкий показатель по шкале стресса у студентов без ФД (73,3±16,7 балла против 88,2±15,3 баллов) ($p < 0,01$). Уровень стресса у участников исследования с функциональными нарушениями ЖКТ уменьшился на 6,5% ($p < 0,05$). При употреблении воды данной температуры у здоровых студентов снизился показатель ситуативной тревожности ($p < 0,05$).

При употреблении воды температурой 30 °C отмечено повышение показателей самочувствия и снижение уровня депрессии в обеих исследуемых группах ($p < 0,05$). Прием воды способствовал повышению активности здоровых студентов на 5,2% ($p < 0,05$).

При температуре питьевой воды равной 35 °C наблюдалось уменьшение уровня стресса на 14,3% у студентов с ФД и на 17,5% – у их здоровых одноклассников ($p < 0,01$). Отмечено снижение суммы баллов по шкале Бека у исследуемых без ФД практически в 4 раза по сравнению с результатами до начала исследования ($p < 0,01$).

Употребление воды температурой 40 °C характеризовалось уменьшением уровней стресса и депрессии у всех студентов ($p < 0,01$). Прием воды также способствовал повышению настроения у участников исследования с ФД ($p < 0,01$). Ситуативная тревожность ($p < 0,05$) и невротизация ($p < 0,01$) у здоровых студентов достоверно снизились.

Выводы. 1. У 50,0% обследованных студентов выявлены различные варианты ФД. У трети

опрошенных выявлялся высокий уровень ситуативной тревожности, у половины – личностной тревожности, у четверти – средний уровень стресса, у 17,0% – признаки легкой депрессии, у 75,0% – средний уровень невротизации.

2. При повышении температуры употребляемой в питьевом тесте воды отмечается уменьшение показателей по шкале депрессии и уровня стресса, что, очевидно, связано с благоприятным воздействием теплой воды на организм, в том числе на психоэмоциональное состояние исследуемых.

3. Установлено, что употребление питьевой воды 25 °C способствовало повышению настроения, 30 °C – улучшению самочувствия и снижению уровня депрессии, 35 °C – уменьшению стресса, 40 °C – снижению показателей депрессии и стресса как у здоровых студентов, так и студентов с ФД по сравнению с исходными данными.

4. На протяжении всего исследования отмечались более низкие показатели уровней депрессии и невротизации у студентов без симптомов ФД.

Список литературы:

1. Андреев Д. Н. Алгоритм лечения больных функциональной диспепсией с позиций современных клинических рекомендаций / Д. Н. Андреев // Метаболический синдром. – 2018. – № 3. – С. 22–25.
2. Пахомова И. Г. Функциональная диспепсия как проявление нарушений моторики желудочно-кишечного тракта / И. Г. Пахомова // Метаболический синдром. – 2013. – № 6–2. – С. 33–38.
3. Шкляев А. Е. Динамика качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника в процессе медикаментозной и немедикаментозной терапии / А. Е. Шкляев, А. С. Пантюхина, Ю. В. Горбунов // Архив внутренней медицины. – 2015. – № 2. – С. 45–48.
4. Шкляев А. Е. Качество жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника в отдаленном периоде после курсового немедикаментозного лечения / А. Е. Шкляев, А. С. Пантюхина, Р. Ш. Калимуллин // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – № 2. – С. 33–35.
5. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) / Д. Н. Андреев, А. В. Заборовский, А. С. Трухманов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – 27 (1). – С. 4–11.

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 заголовок 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.