



ISSN 1994-8921

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

**№2
2019**

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

№ 2

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *А.Е. Шкляев*

Editor-in-Chief A.Ye. Shklyayev

ИЖЕВСК • 2019

IZHEVSK • 2019

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 учреж-
дение высшего образования «Ижевская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Широбокова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 27.06.2019. Подписано в печать 19.06.2019.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 6,7. Уч.-изд. л. 5,8.
Тираж 500 экз. Заказ 2495.16

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

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Савельев, А. М. Шабардин
ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 40 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 5

V.N. Saveliev, A.M. Shabardin
RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES AMONG PEOPLE AGED BETWEEN 18 AND 40 LIVING IN THE UDMURT REPUBLIC 5

Г. С. Королькова, Г. И. Тихомирова, Э. В. Халимов
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ: СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 8

G. S. Korolkova, G. I. Tikhomirova, E. V. Khalimov
LONG-TERM EFFECTS IN THE PREVENTIVE WORK OF THE NURSE: A SOCIAL-HYGIENIC STUDY OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION 8

И. Г. Жуковская, И. М. Клабукова, Е. В. Коротаева
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 11

I. G. Zhukovskaya, I. M. Klabukova, E. V. Korotaeva
THE STATE OF HEALTH OF FEMALE MEDICAL STUDENTS 11

В. В. Ватулин, Е. В. Ивонина, Е. В. Овечкина
АНАЛИЗ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ПОЛИКЛИНИКОЙ БУЗ УР «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 8 МЗ УР» 13

V. V. Vatulin, E. V. Ivonina, E. V. Ovechkina
ANALYSIS OF VACCINATION AGAINST THE FLU ACCORDING TO THE DATA OF THE MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL № 8 13

В. В. Щадрина, М. А. Подлужная
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ О САМОКОНТРОЛЕ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОГО СТЕТОСКОПА ВНЕ СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЙ 15

V. V. Shchadrina, M. A. Podluzhnaya
STUDYING OPINIONS OF CHILDREN WITH RESPIRATORY DISEASES ON THE USE OF HOME SELF-MONITORING WITH ELECTRONIC STETHOSCOPES 15

Е. А. Воронова, М. Я. Подлужная
ЗНАЧЕНИЕ КАРТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЕГО ЖИЗНИ ... 17

E. A. Voronova, M. Ya. Podluzhnaya
THE IMPORTANCE OF THE FORM OF THE DYNAMIC OBSERVATION OF INCURABLES IN ASSESSING THEIR QUALITY OF LIFE 17

Н. М. Попова, Д. Д. Стрелкова, А. В. Рапенкова
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА 19

N. M. Popova, D. D. Strelkova, A. V. Rapenkova
MAJOR TRENDS IN THE ORGANIZATION OF DENTAL SERVICE IN THE ADVANCED COUNTRIES OF THE WORLD 19

М. П. Разин, Р. Р. Кильдиярова
ИНДЕКС ХИРША В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ. 23

M. P. Razin, R. R. Kildiyarova
THE HIRSCH INDEX IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF SCIENTISTS' ACTIVITIES 23

ДЕМОГРАФИЯ

Н. М. Попова, И. Г. Шевченко, А. В. Рапенкова, А. А. Хабибуллин, Ю. С. Русских
АНАЛИЗ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР В 1938–1939 ГОДЫ 27

N. M. Popova, I. G. Shevchenko, A. V. Rapenkova, A. A. Khabibullin, Yu. S. Russkikh
ANALYSIS OF BIRTH AND DEATH RATES IN UASSR IN 1938–1939 27

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

З. Р. Багаутдинова, И. Р. Гайсин, Н. И. Максимов, Р. М. Валеева, И. В. Сабельникова, О. В. Десинова, Р. У. Шаяхметова, Л. А. Гарзанова, Е. А. Агарева
ФЕНОМЕН РЕЙНО ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ 29

Z. R. Bagautdinova, I. R. Gaisin, N. I. Maksimov, R. M. Valeeva, I. V. Sabelnikova, O. V. Desinova, R. U. Shayakhmetova, L. A. Garzanova, Ye. A. Agareva
RAYNAUD'S PHENOMENON IN RHEUMATIC DISEASES: INCIDENCE AND CLINICAL MANIFESTATIONS 29

<i>Н. Н. Андреева, Н. И. Пенкина, Д. Н. Королева, Е. Н. Богатырева, Г. В. Поверин</i> СИНДРОМ ФИШЕРА-ЭВАНСА: КЛИНИЧЕС- КИЙ СЛУЧАЙ.	33	<i>Т. В. Савельева, Д. С. Вахрушев</i> ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИ- МИ ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕ- ЧЕНИ	46
<i>N. N. Andreeva, N. I. Penkina, D. N. Koroleva, E. N. Bogatyreva, G. V. Poverin</i> FISHER-EVANS' SYNDROME: A CLINICAL CASE	33	<i>T. V. Savelyeva, D. S. Vakhrushev</i> CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYS- TEM IN PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES.	47
<i>Н. Г. Овчинина, Е. Н. Никитин</i> ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.	36	<i>А. Е. Шкляев, Е. А. Семеновых, Т. О. Толстолуцкая</i> МУТАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА КАК ПРИЧИНА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ	49
<i>N. G. Ovchinina, E. N. Nikitin</i> ESSENTIAL THROMBOCYTHEMIA: A CLINI- CAL CASE OF	36	<i>A. Ye. Shklyayev, E. A. Semenovikh, T. O. Tolstolutskaya</i> MUTATIONS OF FOLATE CYCLE GENES AS A CAUSE OF WOMEN'S INFERTILITY	49
<i>Т. Ю. Помыткина</i> СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В КОНФ- ЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ	39	<i>Е. Н. Иевлев, И. А. Казакова, М. В. Ковалёва, А. Н. Быстрых</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ СВЯЗЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИ- АЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРО- НИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	51
<i>Т. Ю. Помыткина</i> THE STRATEGY OF DOCTOR' BEHAVIOUR IN A CONFLICT SITUATION WITH A PATIENT	39	<i>E. N. Ievlev, I. A. Kazakova, M. V. Kovaleva, A. N. Bystrykh</i> PECULIARITIES OF CLINICAL AND LABO- RATORY RELATIONS OF BLOOD PRESSURE CIRCADIAN PROFILE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE	52
<i>Т. Л. Рединова, В. Н. Тимофеева, Н. Р. Дмитракова, О. А. Злобина</i> РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМА- ТИТ: ЧАСТОТА, ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИММУННЫЕ РАССТРОЙСТВА	41	<i>В. Т. Лекомцев, Е. Н. Васильева, Н. А. Мадиярова</i> ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕ- ТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬ- НОГО ВОЗРАСТА.	55
<i>T. L. Redinova, V. N. Timofeeva, N. R. Dmitrakova, O. A. Zlobina</i> RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS: INCI- DENCE, BACKGROUND DISEASES, IMMUNE DISORDERS	41	<i>V. T. Lekomtsev, E. N. Vasilyeva, N. A. Madiyarova</i> CEREBRAL ASTHENIA AS A FACTOR OF DE- VARIANT BEHAVIOR IN CHILDREN OF PRE- SCHOOL AND PRIMARY SCHOOL AGE.	55
<i>Е. Н. Никитин, М. В. Кузьяев, Е. М. Грязева, К. Л. Ходырев</i> ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИ- ЕНТОВ С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	43		
<i>E. N. Nikitin, M. V. Kuzyaev, E. M. Gryazeva, K. L. Khodyrev</i> INFECTIOUS COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA. . .	44		

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.1-02-053.7

В. Н. Савельев, А. М. Шабардин

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

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ от 18 до 40 лет, ПРОЖИВАЮЩИХ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Савельев Владимир Никифорович — профессор кафедры доктор 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

В статье приводятся результаты эпидемиологического исследования по распространенности факторов риска возникновения болезней системы кровообращения среди лиц в возрасте от 18 до 40 лет, проживающих в Удмуртской Республике. Выводы представлены на основе информации, полученной с помощью самостоятельно разработанных авторами статьи анкет. Анкета «Паспорт здорового сердца» нацелена на выявление у респондентов факторов риска развития болезней системы кровообращения. Краткие анкеты: «Анкета об изучении субъективного мнения о значимости профилактики болезней системы кровообращения» и «О получении информации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний» направлены на изучение отношения респондентов к получению информационно-просветительских обучающих материалов.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения; факторы риска; профилактика; анкетирование; Удмуртская Республика

V.N. Saveliev, A.M. Shabardin

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

RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES AMONG PEOPLE AGED BETWEEN 18 AND 40 LIVING IN THE UDMURT REPUBLIC

Savelyev Vladimir Nikiforovich — Doctor of Medical Sciences, professor; Shabardin Andrey Mikhailovich — graduate student; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: +7 (912) 767-95-65, e-mail: Andrew.Shabardin@gmail.com

The article presents the results of an epidemiological study on the prevalence of risk factors for the occurrence of circulatory system diseases among people aged between 18 and 40 living in the Udmurt Republic. Conclusions are presented on the basis of the information obtained through the use of questionnaires developed by the authors. The questionnaire entitled «Passport of a Healthy Heart» is aimed at identifying risk factors for developing circulatory system diseases among respondents. Two brief questionnaires called «Questionnaire on the study of the subjective opinion about the importance of prevention of circulatory system diseases» and «On obtaining information on the prevention of cardiovascular diseases» are aimed at studying the attitudes of respondents to receiving information and educational materials.

Key words: cardiovascular diseases; risk factors; prevention; questioning; Udmurt Republic

Болезни системы кровообращения (БСК) по частоте встречаемости в мире занимают лидирующее место среди всех хронических неинфекционных заболеваний. Факторы риска, общие для многих заболеваний, проявляются в подростковом и молодежном возрасте [4]. Эпидемиологический мониторинг региональных особенностей распространенности факторов сердечно-сосудистого риска и сердечно-сосудистых заболеваний представляет собой первичное звено в планировании программ профилактики

неинфекционных заболеваний и их факторов риска [5]. По данным ВОЗ, 80% преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено. Основными мерами профилактики являются правильный рацион питания, регулярная физическая активность и воздержание от употребления табачных изделий. Очень важно осуществлять проверку и наблюдение за факторами риска для сердечно-сосудистых заболеваний, таких как высокое кровяное давление, высокий уровень холестерина и диабет [6].

В Российской Федерации, особенно в последнее десятилетие, на правовом и практическом уровнях стало больше уделяться внимания медицине профилактической как менее затратному направлению в снижении заболеваемости, смертности и увеличении продолжительности жизни населения. Для повышения эффективности работы по медицинской профилактике болезней системы кровообращения необходимо изучить распространенность наиболее значимых факторов риска среди лиц 18–40 лет.

В условиях многопрофильной поликлиники имеется опыт практического применения адаптированного клинического протокола 1 ПЕН ВОЗ «Интегрированное ведение сахарного диабета и артериальной гипертензии с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта и заболеваний почек». Протокол предназначен для оценки и контроля сердечно-сосудистого риска с учетом факторов риска: АГ, СД и курения. Протокол состоит из 5 пунктов: 1 – опрос пациентов на наличие факторов риска по АГ и СД; 2 – оценка общего состояния; 3 – оценка сердечно-сосудистого риска; 4 – критерии направления на консультацию и лечение у специалистов; 5 – консультирование пациентов, план дальнейшего наблюдения и лечения по схеме [3].

Цель исследования: выявление факторов риска возникновения болезней системы кровообращения среди лиц в возрасте от 18 до 40 лет для совершенствования оказания профилактической помощи населению групп риска путем дифференцированного подхода и внедрения современных информационных технологий в Удмуртской Республике в комплексе лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди населения г. Ижевска и Удмуртской Республики методом анкетирования. Специально для исследования самостоятельно разработаны следующие анкеты: 1) «Анкета об изучении субъективного мнения о значимости профилактики болезней системы кровообращения (БСК)» – краткий опрос об отношении анкетированного к необходимости профилактики БСК; 2) «Паспорт здорового сердца» – вопросник по исходным параметрам на выявление наличия факторов риска и болезней системы кровообращения у анкетированных людей; 3) «О получении информации по профилактике сердечно-сосудистых заболе-

ваний» – выявление сведений о путях и объеме получения информации по профилактике БСК анкетированным и его готовности к дальнейшему взаимодействию по данному направлению.

Результаты исследования и их обсуждение.

При помощи «Анкеты об изучении субъективного мнения о значимости профилактики болезней системы кровообращения (БСК)» проведен опрос 248 человек. Из них в возрасте до 40 лет было 157 чел. (63,0%), в возрасте от 40 лет и старше – 91 чел. (37,0%). Положительные ответы на все вопросы анкеты представили в группе людей в возрасте до 40 лет 148 чел. (94,0%), в возрастной группе 40 лет и старше – 91 чел. (100,0%). Отрицательные ответы были представлены в группе от 18 до 40 лет в 9 анкетах (6,0%).

По анкете «Паспорт здорового сердца», которая представляет вопросник по исходным параметрам на выявление наличия факторов риска и болезней системы кровообращения, опросили 307 человек. Из них в возрасте до 40 лет было 148 чел. – 48,0% (35 мужчин (24,0%) и 113 женщин (76,0%)) и 159 чел. в возрасте 40 лет и старше – 52,0%. У анкетированных лиц 18–40 лет выявлялись факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: наличие абдоминального ожирения, отношение к курению, повышенный уровень общего холестерина и фракции холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), сахара крови, наличие повышенного артериального давления и установленных диагнозов ишемической или гипертонической болезни сердца, бралось во внимание выполнение ежедневной умеренной физической нагрузки, объем употребления овощей и фруктов в свежем виде, учитывалась наследственная предрасположенность по БСК. Признаки абдоминального ожирения (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин) выявлены у мужчин в 23 % случаев (у 8 из 35 чел.), среди женщин в 67,0% случаев (у 76 из 113 чел.). Курение как фактор риска БСК среди всех анкетированных этой группы не выявлено. Общий холестерин крови в течение последнего года проконтролировали 56,0% (88 чел.), из них повышенный (более 5,0 ммоль/л) указан в 22,0% случаев (у 19 из 88 чел.). Фракцию холестерина ЛПНП в течение последнего года проконтролировали 9,0% (14 из 157 чел.), результат

ниже 2,5 ммоль/л – у 83,0% (у 12 из 14 чел.). Сахар крови проконтролирован в течение года у 77,0% (у 121 из 157 чел.), повышенный (свыше 5,6 ммоль/л) оказался у 8,0% (у 9 из 121 чел.). Наличие умеренной физической нагрузки (ходьба более 30 мин/день или 10000 шагов в день) в группе распределилось следующим образом: менее 5000 шагов в день выполняли 3,0% (5 из 157 чел.); от 5000 до 10000 шагов в день – 72,0% (113 из 157 чел.); свыше 10000 шагов в день – 25,0% (39 из 157 чел.). Употребление овощей и фруктов в свежем виде у подавляющего большинства анкетированных (84,0%) находится в пределах 200–300 граммов в сутки, в остальных случаях указывается на потребление менее 200 граммов в сутки (16,0%). Данные по артериальному давлению в группе анкетированных колеблются в пределах нормальных показателей (120/80 мм рт. ст. и ниже) у 91,0% (143 из 157 чел.); в пределах предгипертонии (от 120/80 до 140/90 мм рт.ст.) у 9,0% (14 из 157 чел.). В пунктах анкеты, содержащих вопросы о наличии диагнозов гипертонической и ишемической болезни и их осложнений в виде инсультов и инфарктов, в группе анкетированных в возрасте от 18 до 40 лет (157 чел.) ожидаемо все представили отрицательные ответы. На вопросы о наличии наследственной предрасположенности по БСК не знают точно о заболеваемости БСК своих кровных родственников подавляющая часть – 98,0% анкетированных группы в возрасте до 40 лет. В возрасте старше 40 лет информированность по этому вопросу приближается к 75,0%.

Узнать объем информации по профилактике БСК у анкетированных лиц и их готовность к дальнейшему взаимодействию по данному направлению позволила анкета «О получении информации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний», которую оценивали по 10-балльной шкале с учетом нарастания степени информированности по мере повышения баллов) от 6 до 8 баллов – 68,0% респондентов. Причину недостаточной информированности анкетированные преимущественно обозначают как «отсутствие свободного времени» – 73,0%. При выборе желаемых направлений информированности интервьюированных по профилактике БСК указывают по ранжированию: «о холестерине», «об артериальной гипертонии», «о неотложной доврачебной помощи» и др. При

выборе методов и способов получения дополнительной информации по профилактике БСК анкетированные высказались за получение её от врача путем использования современных средств передачи (электронная почта, социальные сети, СМС и др.) 58,0% респондентов; 6,0% были категорически против без указания причины; до 36,0% респондентов, как выяснилось, готовы к сотрудничеству с врачом, но не имеют достаточных технических средств и навыков владения ими. Они высказали желание получать информацию непосредственно от лечащего врача при наличии обоюдно свободного времени.

Выводы. Среди официально признанных факторов риска развития социально значимых БСК (в первую очередь, ишемической и гипертонической болезнью сердца) методом анкетирования выявлены и подлежат коррекции среди лиц 18–40 лет следующие факторы, представленные по мере убывания частоты их встречаемости по результатам данного исследования:

1) нерациональное питание – недостаточное употребление овощей и фруктов в свежем виде (100% не достигают нормы суточного потребления от 400 гр./сут., а именно: 84,0% употребляют в пределах 200–300 гр./сут, 16,0% – менее 200 гр./сут.);

2) наличие абдоминального ожирения (23,0% у мужчин и 67,0% у женщин);

3) низкая ежедневная физическая активность (25,0% в группе лиц 18–40 лет выполняли рекомендуемую нагрузку в 10000 шагов в день);

4) дислипидемия и недостаточный её контроль (в течение последнего года проконтролировали общий холестерин 56,0% и фракцию холестерина ЛПНП 9,0%);

5) артериальная гипертония (9,0% анкетированных указывают наличие у них предгипертонии).

Курение в данной группе не выявлено.

Современное общество имеет все материальные и социальные предпосылки к восприятию медико-профилактической информации на новом уровне с широким использованием инновационных информационных технологий. Профилактическое обучение возможно организовать в дистанционной, индивидуализированной форме, с дифференцированным подходом к различным социально-демографическим группам, с учетом структуры и выраженности факторов риска. Одно из ключевых условий

обучения населения и потенциальных пациентов групп высокого риска развития БСК – это информирование, которое базируется на основе официальных рекомендаций по профилактической кардиологии. Во врачебную практику должны внедряться модели рационального алгоритма эффективного дифференцированного обучения, в том числе, путем применения современных информационных инновационных технологий.

Список литературы:

1. **Маринина, Е.С.** Научное обоснование основных путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Е.С. Маринина, О.А. Нагибин // Медицина и фармакология. – 2018. – № 2 (47).
2. **Попова, Н.М.** Организация контроля эффективности деятельности медико-санитарных частей ФСИН России по оказанию кардиологической помощи / Н.М. Попова, Е.В. Дюжева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – № 4. – С. 43–46.
3. Результаты внедрения клинического протокола по интегрированному ведению больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом в первичном звене здравоохранения / Л.Р. Хакимова [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – № 4. – С. 66–68.
4. **Гаврилова, Е.С.** Оценка факторов кардиоваскулярного риска и образовательные технологии их коррекции в молодежной популяции / Е.С. Гаврилова, Л.М. Яшина // Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – № 2 (104). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-faktorov-kardiovaskulyarnogo-riska-i-obrazovatelnye-tehnologii-ih-korreksii-v-molodezhnoy-populyatsii> (дата обращения: 13.01.2019).
5. Распространённость основных факторов сердечно-сосудистого риска в Кемеровской области: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «ЭССЕ-РФ» / С.А. Максимов [и др.] // МвК. – 2014. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranyonnost-osnovnyh-faktorov-serdechno-sosudistogo-riska-v-kemerovskoy-oblasti-rezultaty-mnogotsentrovogo> (дата обращения: 13.01.2019).
6. Что можно сделать для профилактики инфаркта и инсульта? // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). – URL: <http://www.who.int/features/qa/27/ru/> (дата обращения: 11.06.2019).

УДК 616.12-008.331.1-07-084:614.253.5

Г.С. Королькова¹, Г.И. Тихомирова², Э.В. Халимов²

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

¹Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

²Кафедра общей хирургии

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ: СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Королькова Галина Сергеевна — ассистент кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (912) 055-95-55, email: korolkov.galina@mail.ru; Тихомирова Галия Имамутдиновна — доцент кафедры доктор медицинских наук, доцент; Халимов Эдуард Вагизович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье представлены результаты социально-гигиенического исследования пациентов с артериальной гипертонией. Научно доказано, что примененные сестринские образовательные технологии в обучении пациентов имели высокую медицинскую и социальную эффективность.

Ключевые слова: профилактика; артериальная гипертония; медицинская сестра с высшим образованием; школа здоровья

G. S. Korolkova¹, G. I. Tikhomirova², E. V. Khalimov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Disaster Medicine and Health and Safety

²Department of General Surgery

LONG-TERM EFFECTS IN THE PREVENTIVE WORK OF THE NURSE: A SOCIAL-HYGIENIC STUDY OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Korolkova Galina Sergeevna — lecturer; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel. 8 (912) 055-95-55, email: korolkov.galina@mail.ru; Tikhomirova Galiya Imamutdinovna — Doctor of Medical Sciences, associate professor; Khalimov Eduard Vagizovich — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department

The article presents the results of a social-hygienic study of patients with arterial hypertension. It has been scientifically proven that the nursing educational technologies applied in teaching patients have had high medical and social efficacy.

Key words: prevention; arterial hypertension; nurse with higher education; health school

В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового

характера, целью которой является сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациентов [1,3,4]. В рамках концепции медико-социальной работы можно выделить 5 основных групп

пациентов: 1) группа повышенного риска заболеваний; 2) семья и ближайшее окружение больного; 3) длительно, часто и тяжело болеющие; 4) больные с выраженными социальными проблемами; 5) инвалиды. В каждой из перечисленных групп пациентов медицинская сестра осуществляет работу разной направленности, используя методы, сложившиеся в здравоохранении (профилактические, реабилитационные, психологической поддержки и др.), а также в системе социальной защиты населения (социальная диагностика, социальное консультирование, активный патронаж, стационар на дому, организация дневного пребывания в стационаре, ведение школ для пациентов) [2,5].

Цель исследования: изучение отдаленных результатов профилактической работы медицинской сестры с пациентами, страдающими артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: данные, полученные в результате анкетирования и непосредственного наблюдения за обучающимися пациентами с артериальной гипертонией (АГ) в «Школе профилактики пациентов с артериальной гипертонией» (далее – Школа). Большую часть составили пациенты возрастной категории 46–55 лет (36,2%) и 56–65 лет (32,1%), немногочисленной была группа в возрасте 35–46 лет (21,5%). Социологический опрос, проведенный нами в ходе исследования, показал, что до обучения 43,2% пациентов были привержены к гипотензивной терапии, 19,4% пациентов контролировали своё АД в домашних условиях, отмечено также, что только половина из числа респондентов имели дома тонометр. Все пациенты до начала обучения в Школе были распределены в группы: группу наблюдения составили 46 пациентов с артериальной гипертонией, которым проводились обучающие занятия по профилактике рецидивов и осложнений АГ по программе здорового образа жизни без использования сестринского процесса; в контрольную группу вошли 92 пациента, которым в ходе занятий в Школе применялись сестринские технологии обучающего характера с учетом психотипа личности пациента и привлечением в учебный процесс их родственников, обязательным тестированием для контроля за усвоением полученных знаний и использованием методов психологической поддержки. Группа сравнения представлена 89 пациентами, обучение которых не проводилось, а проводились беседы о здоровом образе

жизни (ЗОЖ) и давались рекомендации. Занятия в школе проводила специально подготовленная медицинская сестра с высшим образованием, владеющая навыками психологической поддержки. Через 6 месяцев после обучения в Школе регулярно принимали гипотензивные лекарственные препараты 68,7% пациентов группы наблюдения, при этом 71,6% из числа опрошенных ежедневно самостоятельно контролировали АД и проводили записи полученных результатов в дневниках самоконтроля и самонаблюдения, указывая частоту пульса. В контрольной группе таких пациентов отмечалось 75,3% и 92,8%, тогда как в группе сравнения – лишь 58,4% и 66,9% соответственно. Анкетирование пациентов данных групп через 12 месяцев после начала обучения в Школе показало, что 89,4% опрошенных группы наблюдения и 92,6% пациентов контрольной группы регулярно принимали гипотензивные лекарственные препараты, назначенные врачом-терапевтом и 90,8% и 96,6% пациентов соответствующих групп ежедневно контролировали самостоятельно АД. В группе же сравнения результаты показали, что 75,2% респондентов были привержены регулярному приему гипотензивных лекарственных препаратов и только 79,8% ежедневно контролировали своё АД.

При клиническом обследовании пациентов через 12 месяцев после завершения обучающих программ в группе наблюдения гипертрофия миокарда левого желудочка была обнаружена у 48,7% пациентов с АГ, в контрольной – у 44,2%, а в группе сравнения – у 51,3%. Улучшились показатели глазного дна. До начала обучения сужение сосудов сетчатки наблюдалось у 68,1% пациентов группы наблюдения, у 64,3% контрольной группы и у 68,0% группы сравнения. Через 12 месяцев наблюдения уменьшение сосудистого компонента сетчатки было отмечено у 7,5%, 10,2%, 7,2% пациентов соответственно. Улучшились показатели уровня холестерина в крови пациентов наблюдаемых нами групп. До обучения повышенный уровень холестерина выявлен у 81,8% пациентов групп наблюдения. При этом практически у всех наблюдаемых была отмечена легкая степень гиперхолестеринемии – 33,6%, умеренная степень – у 45,3% и выраженная гиперхолестеринемия – у 2,9% пациентов с АГ. Использование знаний по вопросам диетотерапии, полученных в Школе, позволило пациентам группы наблюдения и контроля через 12 месяцев после завершения обучения улучшить показатели холестеринового обмена.

И в целом по группам число пациентов с повышенным уровнем холестерина крови снизилось на 4,6%, тогда как в группе сравнения – лишь на 2,7%, но распределение показателя уровня холестерина стало несколько иным. Так, 9,5% пациентов из категории с умеренным повышением уровня холестерина перешли в группу с лёгкой степенью гиперхолестеринемии. Таким образом, удельный вес пациентов с лёгкой степенью гиперхолестеринемии увеличился на 4,3%, нормализация показателей холестерина обмена отмечена у 4,5% пациентов.

Изучали динамику факторов риска у пациентов с АГ до начала обучения в Школе и через 6–12 месяцев после обучения. Так, до обучения в Школе 50,7% пациентов всех групп выкуривали в течение дня 15 и более штук сигарет. Проведение занятия о вреде курения и его влиянии на стенку сосудистого тонуса и подъёмы АД позволили 2,2% пациентов группы наблюдения через 6 месяцев отказаться от курения, однако, спустя ещё 6 месяцев половина из них вернулись к этой привычке, в группе сравнения данный показатель составил лишь 1,8%, а в контрольной группе в целом отказавшихся от вредной привычки оказалось 6,5% пациентов. Употребляли алкогольные напитки 38,9% пациентов, в результате полученных знаний через 6 месяцев значительно сократили дозу и количество приёмов алкоголя 11,6% пациентов группы наблюдения, 17,4% – контрольной группы и лишь 6,3% – группы сравнения. Ещё через 12 месяцев проведённые исследования показали, что количество пациентов, реже употреблявших алкоголь стало в группе наблюдения и контроля на 3,2% больше, чем в группе сравнения.

До обучения в Школе высокая физическая активность была свойственна 29,3% пациентам всех наблюдаемых групп (ходьба не менее 3 км, выполнение утренней зарядки, посещение тренажерного зала 1–2 раза в неделю). Через 6 месяцев после окончания обучения количество пациентов значительно выросло, особенно это отмечено в контрольной группе, где этот показатель составил 38,7%, а в целом по группам наблюдения у 45,6% пациентов появилось желание ежедневно проходить пешком не менее 3 км и 1–2 раза в неделю посещать спортивный зал или бассейн. Через 12 месяцев данный показатель составил 43,4%. До начала применения обучающих программ 60,1% пациентов с АГ не придавали особого значения избыточному

употреблению поваренной соли, 44,9% пациентов не знали нормы её употребления в течение суток. Как показали наши исследования через 6 месяцев после завершения обучения 65,7% пациентов контрольной группы предпочитали ограничение употребления поваренной соли до 5,0 граммов в течение суток. Анкетирование, проведённое через 12 месяцев, показало, что 67,9% пациентов этой группы с АГ готовы были отказаться от досаливания приготовленной пищи. В группе наблюдения эти показатели оказались в 1,2 раза ниже, а в группе сравнения – в 2,5 раза соответственно. В наших исследованиях до начала занятий в Школе 68,6% пациентов имели избыточный вес. Через 12 месяцев после завершения обучения масса тела нормализовалась лишь у 3,7% пациентов группы наблюдения, у 6,5% – контрольной группы, в группе сравнения – лишь у 2,9% опрошенных.

В течение 12 месяцев у пациентов, посещавших занятия в Школе, прослеживалась положительная тенденция к снижению числа случаев и дней временной нетрудоспособности, а так же числа случаев первичного выхода на инвалидность. Отмечалось уменьшение числа дней нетрудоспособности в отдалённом периоде на 5,6% случаев среди пациентов группы наблюдения и на 10,1% среди пациентов контрольной группы, тогда как в группе сравнения данный показатель составил лишь 3,8%. Кроме того, за аналогичный период снизилось число случаев повторной госпитализации в связи с рецидивом заболевания или его осложнениями на 51,2%, 72,4% и 46,0% соответственно. В результате работы, проводимой средним медицинским персоналом совместно с врачом-психотерапевтом, а также взаимодействия с родственниками обучаемых в «Школе профилактики пациентов с артериальной гипертонией» за анализируемый период уменьшилась частота вызовов бригад неотложной помощи по поводу артериальной гипертонии и её осложнений на 20,9%, 24,7% и 16,6% соответственно.

На предотвращение развития рецидивов артериальной гипертонии и развитие ее осложнений оказывает большое влияние отношение родственников к выполнению пациентами рекомендаций врача и медицинского персонала. Было отмечено большое удовлетворение от обучающих терапевтических занятий со стороны родственников, обучающихся с пациентами в контрольной группе, где они с особым интересом принимали участие в занятиях по психологической поддержке.

Вывод. Социально-гигиенические исследования пациентов с артериальной гипертензией показали высокую эффективность использования обучающих сестринских методик в профилактической работе медицинской сестры с высшим образованием.

Список литературы:

1. Сайгигов, Р.Т. Сердечно-сосудистые заболевания в контексте социально-экономических приоритетов долгосрочного развития России / Р.Т. Сайгигов, А.А. Чулок // Вестник РАМН. – 2015. – № 70 (3). – С. 286–299.

2. Тихомирова, Г.И. Эффективность инновационных моделей сестринских технологий в профилактике артериальной гипертензии / Г.И. Тихомирова, Г.С. Королькова // Международный научно-исследовательский журнал «Успехи современной науки». – 2017. – Т. 1. – № 8. – С. 96–101.

3. Шкатова, Е.Ю. Школа терапевтического обучения членов семьи пациента с артериальной гипертензией / Е.Ю. Шкатова, Г.С. Королькова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов: международный научно-практический журнал. – 2016. – № 2. – С. 28–30.

4. Школы здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: учеб. пособие / И.И. Чукаева [и др.]. – М.: РГМУ, 2011. – 149 с.

5. Patient's education in arterial hypertension / M. Dubiel [et al.] // Ann Intern. Med. – 2006. – № 3. – Р. 145.

УДК 378.661:613.96:618.17-083

И. Г. Жуковская, И. М. Клабукова, Е. В. Коротаева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра акушерства и гинекологии

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Жуковская Инна Геннадиевна — доцент кафедры доктор медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел. 8 (922) 505-61-41, e-mail: Zhoukovskaya@mail.ru; Клабукова Ирина Михайловна — студент; Коротаева Екатерина Вадимовна — студент

Проведена оценка состояния здоровья 47 студенток медицинского вуза. Соматическое здоровье характеризовалось наличием респираторных вирусных инфекций — более 4 раз в год (57,4%), хронического гастрита (40,4%), артериальной гипертензии (23,4%), анемии (19,1%). Гинекологические заболевания включали хронический вагинит (61,3%), мастодинию (53,2%), олигоменорею (31,8%), дисменорею (31%), хронический сальпингоофорит (26,4%), обильные менструальные кровотечения (24,8%), аденомиоз (8,6%), кисты яичников (4,1%). Среди модифицируемых факторов риска важно отметить курение (у 13,2%), приверженность к неэффективным методам контрацепции (у 91,4%). Полученные данные определяют необходимость формирования персонализированных информационно-образовательных и лечебно-профилактических программ для успешного сохранения репродуктивного потенциала студенток.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье; соматическое здоровье; студентки медицинского вуза

I. G. Zhukovskaya, I. M. Klabukova, E. V. Korotaeva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Obstetrics and Gynecology

THE STATE OF HEALTH OF FEMALE MEDICAL STUDENTS

Zhukovskaya Inna Gennadievna — Doctor of Medical Sciences, associate professor; 281 Kommunarov St., Izevsk 426034, tel.: 8 (922) 505-61-41, e-mail: Zhoukovskaya@mail.ru; Klabukova Irina Mikhailovna — student; Korotaeva Ekaterina Vadimovna — student

The state of health of 47 female medical students was studied. Their somatic health was characterized by the presence of respiratory viral infections more than four times a year (57,4%), chronic gastritis (40,4%), arterial hypertension (23,4%), and anemia (19,1%). Gynecological diseases included chronic vaginitis (61,3%), mastodynia (53,2%), oligomenorrhea (31,8%), dysmenorrhea (31%), chronic salpingo-oophoritis (26,4%), heavy menstrual bleeding (24,8%), adenomyosis (8,6%), ovarian cysts (4,1%). Smoking (in 13,2%) and adherence to ineffective methods of contraception (in 91,4%) should be noted among modifiable risk factors. The obtained data call for interdisciplinary cooperation of professionals and development of personalized informational and educational programs as well as treatment and prevention programs for successful maintenance of female students' childbearing potential.

Key words: reproductive health; somatic health; female medical students

Здоровье молодежи имеет важнейшее значение для дальнейшего воспроизводства населения и обеспечения стабильного развития общества [1, 2]. Студенческий возраст — один из критических периодов в биологическом, психическом и социальном развитии человека [3, 4]. Возрастающие интенсивность и напряженность современной жизни, связанные с кардинальными изменениями жизнедеятельности, стиль жизни, нарастаю-

щая гиподинамия, наличие экстрагенитальной патологии и заболеваний репродуктивной системы формируют здоровье молодежи [5–9].

Цель исследования: оценка состояния здоровья студенток медицинского вуза для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению молодежи.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение состояния здоровья 47 деву-

шек-студенток медицинского вуза – анкетирование по специально разработанному опроснику и шкале Мэнсфилда-Водэ-Йоргенсена (для оценки объема менструальной кровопотери), общий и гинекологический осмотр, микроскопическая, бактериологическая и ПЦР-диагностика цервикального секрета, УЗИ органов малого таза и молочных желез (*SonoScape-600*), консультация терапевта. Средний возраст обследованных составил $21 \pm 1,2$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди респонденток 68,0% до поступления в вуз проживали в городе, а 32,0% в сельской местности. Более половины студенток (80,9%) выросли в простой нуклеарной семье, доля девушек из неполных семей составила 19,1%. На курение в семьях указали 40,1% опрошенных, однако, из числа самих студенток курят 13,2%. В зарегистрированном браке состоит 19,1% студенток, из них имеют детей 17,0%.

Анализ репродуктивных установок студенток вуза показал, что 14,9% хотели бы родить одного ребенка, два-три ребенка планируют 70,2% девушек. Многодетность (три и более) приемлема для 7,0% молодых женщин. В результате исследования установлено, что 68,0% респонденток считают возраст 20–25 лет оптимальным для рождения первенца, 18–20 лет – только 2,1%, рождение детей после 25 лет планируют 29,4% исследуемых.

Соматические заболевания отсутствовали у 6,4% исследуемых, остальные имели ту или иную экстрагенитальную патологию (табл.).

Обращает на себя внимание высокая частота респираторных вирусных инфекций, хронического гастрита, артериальной гипертензии, а также анемии, что, несомненно, оказывает неблагоприятное влияние на состояние репродуктивного здоровья студенток.

Таблица. Характеристика экстрагенитальной патологии у студенток на 100 опрошенных

Нозологические формы	На 100 опрошенных
Респираторные вирусные инфекции (более 4 раз в год)	57,4
Хронический гастрит	40,4
Артериальная гипертензия	23,4
Анемия	19,1
Хронический дерматит	12,8
Хронический пиелонефрит, цистит	10,6
Заболевания щитовидной железы	8,5
Хронический бронхит	6,4
Ожирение	4,3
Хронический тонзиллит	4,3

Причинами обращения на прием к акушеру-гинекологу явились нарушение менструального цикла (31,9%), вагинальные выделения (22,3%), боли внизу живота (31,9%) и в молочных железах (53,2%), а с профилактической целью только 14,9%.

Средний возраст менархе у студенток составил $14,0 \pm 1,0$ год, что соответствует среднепопуляционным показателям. По данным шкалы Мэнсфилда-Водэ-Йоргенсена, выявлено, что обильные менструальные кровотечения были у 24,8%, что совпадает с частотой анемии; легкое кровотечение – у 21,3%, очень легкое – у 6,3%, скудное – у 2,1%, интенсивные – у 2,1% студенток. Нормальные параметры менструального цикла были у 44,6% опрошенных. Менструальная функция характеризовалась наличием олигоменореи (31,9%), дисменореи (31,9%), обильными менструальными кровотечениями (24,8%). Из числа всех обследованных студенток 90,0% живут половой жизнью. Средний возраст полового дебюта $18,0 \pm 1,2$ года.

Гинекологические заболевания, по результатам данных медицинских карт, включали: мастодению (53,2%), хронический вагинит (61,3%), хронический сальпингоофорит (26,4%), обильные менструальные кровотечения (24,8%), аденомиоз (8,6%), кисты яичников (4,1%). При этом ни одной практически здоровой студентки не выявлено. Роды были у 17,0% девушек, аборт – у 2,1%. Отмечена приверженность студентов к неэффективным способам контрацепции: мужской презерватив применяли 60,0% пар, прерванный половой акт – 25,7%. Распространенность комбинированной гормональной контрацепции составила лишь 8,6%, инертной внутриматочной – 5,7%.

Микробиоценоз влагалища у обследованных девушек характеризовался наличием аэробного вагинита (44,3%), бактериальным вагинозом (17,0%), вульвовагинальным кандидозом (17,0%). Нормоценоз диагностирован лишь у 21,7% обследованных.

Среди инфекций, передающихся половым путем, выявлены *Chlamydia trachomatis* (6,4%), *Human papillomavirus* (6,4%). По данным бактериологического исследования цервикального секрета наиболее часто диагностировались в титрах более 10^4 КОЕ/мл *Ureplasma urealiticum* (17,0%) и *Candida albicans* (8,5%).

Вывод. Результаты исследования показали, что студентки медицинского вуза имеют значительный уровень соматической и гинекологической патологии. Экстрагенитальные заболевания

у них были представлены респираторными вирусными инфекциями, хроническим гастритом, артериальной гипертензией, анемиями. Заболевания репродуктивной системы включали хронический вагинит, мастодинию, олигоменорею, дисменорею, хронический сальпингоофорит, обильные менструальные кровотечения, аденомиоз, кисты яичников. Среди модифицируемых факторов риска важно отметить курение, приверженность к неэффективным методам контрацепции. Полученные данные определяют необходимость междисциплинарного взаимодействия специалистов акушеров-гинекологов, терапевтов, эндокринологов, а также формирования персонифицированных информационно-образовательных и лечебно-профилактических программ для успешного сохранения репродуктивного потенциала студенток.

Список литературы:

1. **Алдошина, С.В.** Репродуктивное здоровье и контрацепция девушек-студенток как медико-социальная проблема / С.В. Алдошина, Я.В. Алдошина // Медицина и здравоохранение: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2017 г.). – Казань: Бук, 2017. – С. 33–35.
2. **Джамалудинова, А.Ф.** Репродуктивное здоровье населения России / А.Ф. Джамалудинова, М.М. Гонян // Молодой ученый. – 2017. – № 14. – С. 10–13.
3. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения студентов медицинского вуза (на примере Государственного медицинского университета города Семей) / З.А. Хисметова [и др.] // Наука и здравоохранение. – 2017. – № 3. – С. 84–94.
4. **Олина, А.А.** Образовательные программы – путь к сохранению репродуктивного здоровья молодежи / А.А. Олина, Е.Ю. Сафаргалиева // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Т. XXXI, № 1. – С. 134–137.
5. **Пестрикова, Т.Ю.** Современные особенности репродуктивного поведения молодежи Сахалинской области / Т.Ю. Пестрикова, В.А. Пруд // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 100–102.
6. **Попов, А.В.** Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского вуза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Попов. – М., 2008. – 25 с.
7. **Попова, Н.М.** Сохранение репродуктивного здоровья студентами медицинского вуза / Н.М. Попова, П.Л. Загуменов // Синергия Наук. – 2018. – № 29. – С. 876–881.
8. **Семибратова, Е.В.** Репродуктивные установки молодых женщин, проживающих в Республике Абхазия и Удмуртской Республике / Е.В. Семибратова, М.С. Любимцева, Н.М. Попова // Авиценна. – 2018. – № 26. – С. 24–25.
9. **Соколовская, Т.А.** Современная ситуация по заболеваемости женщин в период беременности за период 2010–2015 гг. в разрезе федеральных округов и субъектов Российской Федерации / Т.А. Соколовская, Н.М. Попова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 131.

УДК 616.921.5-039.71:616-022.1»2014-2018»

В. В. Ватулин, Е. В. Ивонина, Е. В. Овечкина

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

**АНАЛИЗ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ПОЛИКЛИНИКОЙ
БУЗ УР «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 8 МЗ УР»**

Ватулин Валерий Валерьевич — главный врач кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Серова, 65, тел.: +7 (3412) 45-16-59, e-mail: gkb8c@mail.ru; **Ивонина Елена Валерьевна** — заведующий взрослой поликлиникой, кандидат медицинских наук, доцент; **Овечкина Екатерина Валерияновна** — врач-инфекционист

В статье представлен анализ вакцинации против гриппа среди населения по возрасту, полу, профессиональной принадлежности, по данным БУЗ УР «Городской клинической больницы № 8 МЗ УР» за 2014–2018 гг.

Ключевые слова: вакцинация; грипп; профессиональная принадлежность; профилактика

V. V. Vatulin, E. V. Ivonina, E. V. Ovechkina

Municipal Clinical Hospital No.8, Izhevsk

**ANALYSIS OF VACCINATION AGAINST THE FLU
ACCORDING TO THE DATA OF THE MUNICIPAL CLINICAL HOSPITAL №8**

Vatulin Valery Valerievich — Candidate of Medical Sciences, head of the institution; 65 Serova St., Izhevsk 426034, tel.: +7 (3412) 45-16-59, e-mail: gkb8c@mail.ru; **Ivonina Elena Valerievna** — Candidate of Medical Sciences, associate professor, head of the polyclinic for adults; **Ovechkina Ekaterina Valeriyonovna** — infectious disease physician

The article presents the analysis of vaccination against the flu in 2014–2018 according to age and professional affiliation on the basis of the data of the Municipal Clinical Hospital No.8 of the Ministry of Health of the Republic of Udmurtia.

Key words: vaccination; flu; professional affiliation; prevention

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — группа болезней, характеризующихся общими симптомами токсикоза и преимущественным поражением слизистых оболочек дыха-

тельных путей с воздушно-капельным, возможно, алиментарным путем инфицирования. К ним относят грипп, парагрипп, аденовирусную, риновирусную, респираторно-синцитиальную ин-

фекции, некоторые варианты энтеровирусных инфекций, открытые в последние годы – метаневмовирусы, бокавирусы и т. д. [1,2].

Цель исследования: дать анализ прививочной кампании среди населения, обслуживаемого поликлиникой БУЗ УР «Городской клинической больницы № 8» МЗ УР.

Материалы и методы исследования: аналитический и статистический методы.

Заболеемость гриппом в Российской Федерации в 2017 году составляла 34,93 случая на 100 000 населения (51143 зарегистрированных случаев), что в 3,9 раза выше по сравнению с 2014 годом (12836 зарегистрированных случаев).

Уровень заболеваемости гриппом по Удмуртской Республике достиг в 2017 году 76,49 случаев на 100 000 населения (1167 зарегистрированных случаев), что в 8,1 раза выше аналогичного показателя за 2014 год (145,0 зарегистрированных случаев).

Динамика заболеваемости гриппом в РФ и УР за период с 2014 по 2017 год представлена в таблице 1.

Грипп классифицируется по этиологическому, эпидемиологическому и клиническому критериям: по типу (грипп А, грипп В, грипп С), эпидемической классификации (спорадический, сезонный, эпидемический, пандемический), клинической форме (типичная, атипичная, фульминантная), клиническим вариантам (ринит, фарингит, трахеит), степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая), по наличию осложнений (неосложненный, осложненный). Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения Удмуртской Республики № 1105 от 12.09.2018 г.

«О мерах по предупреждению распространения гриппа и ОРВИ в Удмуртской Республике в эпидемический сезон 2018–2019 годов» рекомендована специфическая профилактика против гриппа вакциной гриппозной инактивированной субъединичной, которая содержит штаммы гриппа подтипа А (H1N1), А (H3N2), В. Согласно санитарным правилам 3.1.2.3117–13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» проводится предсезонная иммунизация против гриппа лиц из групп риска по заболеваемости гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией (работники медицинских и образовательных организаций, торговли, общественного питания, транспорта).

Вакцинируются в основном лица пенсионного и призывного возрастов, лица, страдающие хронической патологией (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, ожирение, бронхиальная астма, хронический бронхит), медицинские работники, работники учебных заведений, с целью снижения заболеваемости гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией, повышением резистентности организма человека к респираторным вирусам (табл. 2).

Наибольшее количество вакцинированных против гриппа приходится на трудоспособный возраст (31 год – 60 лет), причем женщины вакцинируются в 7,8 раза чаще, чем мужчины.

Таблица 1. Динамика заболеваемости гриппом в Российской Федерации и Удмуртской Республике за период 2014–2017 гг. (на 100 000 населения)

Год	2014	2015	2016	2017
РФ	8,96	34,05	60,73	34,93
УР	9,41	196,6	71,77	76,49

Таблица 2. Динамика вакцинации против гриппа за период 2014–2018 гг.

Группа риска	2014	2015	2016	2017	2018
Медицинские работники	150 (6,4%)	160 (4,7%)	1500 (32,1%)	315 (11,4%)	430 (9,5%)
Работники образовательных учреждений	150 (6,4%)	310 (9,1%)	297 (6,4%)	264 (9,6%)	203 (4,5%)
Взрослые 60 лет и старше	1100 (46,8%)	1600 (46,7%)	1790 (38,4%)	1140 (40,3%)	2865 (63,3%)
Студенты	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	17 (0,7%)	20 (0,4%)
Работники общественного питания и пищевой промышленности	0 (0,0%)	68 (2,0%)	76 (1,6%)	71 (2,6%)	93 (2,1%)
Лица с хронической патологией	923 (39,3%)	1076 (31,4%)	789 (16,9%)	832 (29,9%)	380 (8,4%)
Работники торговли	5 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	104 (2,3%)
Лица призывного возраста	22 (0,9%)	210 (6,1%)	214 (4,6%)	152 (5,5%)	319 (7,0%)
Работники коммунальной сферы	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (0,1%)
Беременные женщины	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	108 (2,4%)
Всего	2350 (100,0%)	3424 (100,0%)	4666 (100,0%)	2791 (100,0%)	4528 (100,0%)

Вывод. Отмечается увеличение заболеваемости гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией с 2014 по 2017 год в 8,1 раза; вакцинация против гриппа регистрируется чаще у женщин (88,6%), чем у мужчин (11,4%); у лиц в возрасте от 31 года до 60 лет; необходимо усилить контроль за реализацией вакцинации у лиц, страдающих хронической патологией, медицинских работников и работников учебных заведений и тем самым способствовать снижению заболеваемости гриппом и острой респираторной вирусной инфекцией.

УДК: 616.248-053.2-082.3:616-71.6 (079.5)

В.В. Щадрина¹, М. А. Подлужная²

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край

¹Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

²Кафедра педиатрии ФДПО

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ О САМОКОНТРОЛЕ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОГО СТЕТОСКОПА ВНЕ СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЙ

Щадрина Вера Владиславовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Подлужная Мария Александровна — ординатор кафедры; 614000, г. Пермь, ул. Ленина, 13; тел.: 8 (902) 479-44-63, e-mail: maryaalex@inbox.ru

В статье представлена характеристика пациентов с заболеваниями органов дыхания по основным медико-демографическим признакам. Определена потребность пациентов в применении электронных стетоскопов для самоконтроля заболеваний органов дыхания в домашних условиях.

Ключевые слова: дети; болезни органов дыхания; самоконтроль в домашних условиях

V. V. Shchadrina¹, M. A. Podluzhnaya²

Perm State Medical University named after academician E. A. Wagner, Perm Region

¹Department of Faculty and Hospital Pediatrics

²Department of Pediatrics of the Faculty of Further Vocational Education

STUDYING OPINIONS OF CHILDREN WITH RESPIRATORY DISEASES ON THE USE OF HOME SELF-MONITORING WITH ELECTRONIC STETHOSCOPES

Shchadrina Vera Vladislavovna — Candidate of Medical Sciences, associate professor; Podluzhnaya Maria Alexandrovna — resident; 13 Lenin St., Perm 614000; tel.: 8 (902) 479-44-63, e-mail: maryaalex@inbox.ru

The article presents the description of patients with respiratory diseases in accordance with the main medical and demographic characteristics. Patients' need for the use of electronic stethoscopes for home self-monitoring of respiratory diseases has been determined.

Key words: children; respiratory diseases; home self-monitoring

В настоящее время в Российской Федерации и в ее отдельных регионах наблюдается ухудшение состояния здоровья детского населения за счет подъема заболеваемости, в структуре которой преобладают болезни органов дыхания. Ежегодно в Российской Федерации регистрируются более 25 миллионов случаев заболеваний органов дыхания [1].

При несвоевременном выявлении изменений в состоянии здоровья при заболеваниях органов дыхания и начатом лечении возникают частые обост-

рения и хронизация патологического процесса [2,3]. Для профилактики этих явлений немаловажное значение имеет самоконтроль за функциональным состоянием дыхательной системы не только в стационарных, но и домашних условиях.

Цель исследования: выяснить мнение детей с заболеваниями органов дыхания о применении метода самоконтроля за состоянием функции внешнего дыхания в домашних условиях.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ основных медико-демографических

Список литературы:

1. Детские болезни: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 832 с.: ил.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В.И. Покровский [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1008 с.
3. Постановление от 18.11.2013 г. № 63 «Об утверждении санитарно-эпидемических правил СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций».
4. Постановление от 17.02.2016 г. N 19 «Об утверждении санитарно-эпидемических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».
5. Учайкин, В.Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учебник / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 688 с.

признаков детей с различными болезнями органов дыхания в возрасте от 1 года до 17 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение Пермской краевой детской клинической больницы в 2018 г., по материалам карты стационарного больного и результатов анкетирования 103 пациентов детей (или родителей детей раннего возраста), с целью выявления мнения пациентов о применении метода самоконтроля за состоянием функции внешнего дыхания в домашних условиях. Для сбора информации была разработана авторская анкета, в которой содержалось 30 вопросов, ответы на 10 из них раскрывают социально-демографическую характеристику семей, дети которых имеют заболевания органов дыхания, 20 вопросов посвящены характеристике медицинских признаков, связанных с патологией органов дыхания. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета программ описательной статистики «*Microsoft Excel 2003*».

Результаты исследования и их обсуждение.

В структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания среди населения занимают первое ранговое место. [4]. По данным официальной статистики, показатель общей заболеваемости среди населения в 2018 г. в Российской Федерации равнялся 2211,4; в Приволжском Федеральном округе – 2471,1; в Пермском крае – 2781,3 на 1000 человек. Превышение уровня заболеваемости на территории Пермского края в сравнении с РФ и ПФО составляет в среднем 20,0 %.

Среди изучаемых нами пациентов детского возраста с болезнями органов дыхания, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении Пермской краевой детской клинической больницы, преобладали мальчики, их доля составила 69 % – 71 человек, девочек было 31 % – 32 человека. Группа обследованных детей в возрасте 1 года – 7 лет составляла 64 %, группа детей 8–17 лет – 36 %.

В муниципальных образованиях Пермского края проживает 70 % наблюдаемых детей, 30 % госпитализированных – жители г. Перми.

Анализ социально-бытовых условий показал, что только 30 % семей проживают в благоустроенных квартирах, остальные – в частном доме, или в квартирах с частичными удобствами. По материалам карты стационарного больного выявлено, что в 60 % семей родители имеют

официальное трудоустройство, у остальных нет постоянного места работы.

При определении структуры болезней органов дыхания по нозологическим формам наибольшая доля приходится на бронхиальную астму – 55 %, на втором месте – рецидивирующий бронхит (20 %), на третьем месте – пневмонии (10 %). Другие болезни органов дыхания, в т. ч. врожденные пороки развития бронхов, гиперчувствительный пневмонит и поллиноз составили 15 %. Учитывая преобладание у пациентов заболевания бронхиальной астмы, нами были проанализированы показатели тяжести состояния и длительность течения заболевания.

Среди обследованных 67 % пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение краевой детской больницы г. Перми, составляли дети с бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести. При этом у 76 % детей длительность заболевания от момента постановки диагноза составила 5–7 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что 25 % пациентов детей не находилось под наблюдением пульмонолога.

Социологический опрос показал, что 2/3 пациентов не используют метод самоконтроля бронхиальной астмы по причине неосведомленности о возможностях и целесообразности применения такового в домашних условиях. Немаловажную роль играют неблагоприятные социально-бытовые условия и эмоциональный фон в семье.

Следует подчеркнуть, что участковые педиатры не информируют детей и их родителей о возможных методах самоконтроля для своевременного выявления заболевания и предотвращения его обострения.

Проведенный нами опрос позволил выявить, что все дети, страдающие болезнями органов дыхания, в старших возрастных группах и родители детей раннего возраста хотели бы получать информацию о методах самоконтроля, а также об электронных приборах для динамического контроля за заболеваниями респираторного тракта в домашних условиях при начинающемся ухудшении функции внешнего дыхания.

Вывод. Проведенное исследование позволило установить, что все 103 (100 %) опрошенных нами пациента указали на необходимость и желание применять методы самоконтроля в домашних условиях, в первую очередь для своевремен-

ного предотвращения обострения заболевания органов дыхания, в частности при бронхиальной астме. Высказали пожелания о получении у участкового педиатра, пульмонолога подробной информации о существующих методах самоконтроля и приборах для его проведения.

Список литературы:

1. **Афонина, Н. А.** Заболеваемость детского населения болезнями органов дыхания как медико-социальная проблема / Н. А. Афонина // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2010. – № 4, Т. 8. – С. 57–62

2. Бронхофонографическое исследование легких у больных бронхиальной астмой раннего возраста / Н. А. Геппе [и др.] // Пульмонология. – 2008. – № 3. – С. 38–41.

3. «Оценка вентиляционной функции легких у детей дошкольного возраста: пособие для врачей / Е. Г. Фурман [и др.]. – Пермь, 2008. – С. 29–41.

4. **Шилова, С. П.** Региональные особенности заболеваемости населения Пермского края: проблемы и пути решения / С. П. Шилова, Т. П. Демчева, О. А. Суслима // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2019. – № 1. – С. 17–20.

5. **Чучалин, А. Г.** Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» / А. Г. Чучалин. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Оригинал-макет, 2017. – 160 с.

УДК 614.2:616-039.75

Е. А. Воронова, М. Я. Подлужная

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» МЗ РФ, Пермский край
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения дополнительного профессионального образования

ЗНАЧЕНИЕ КАРТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЕГО ЖИЗНИ

Воронова Елена Александровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 614000, г. Пермь, ул. Петropавловская, д. 26, тел.: 7 (909) 728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru; **Подлужная Мария Яковлевна** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

В статье представлена методика динамического наблюдения за инкурабельным пациентом на основе специально разработанной карты, позволяющей дать объективную оценку изменений качества его жизни.

Ключевые слова: инкурабельный пациент; качество жизни; динамическое наблюдение.

E. A. Voronova, M. Ya. Podluzhnaya

Perm State Medical University named after academician E. A. Vagner, Perm Region
Department of Public Health and Health Care Service of the Faculty of Further Vocational Education

THE IMPORTANCE OF THE FORM OF THE DYNAMIC OBSERVATION OF INCURABLES IN ASSESSING THEIR QUALITY OF LIFE

Voronova Elena Aleksandrovna — Candidate of Medical Sciences, associate professor; 26 Petropavlovskaya St., Perm, 614000, tel.: 7 (909) 728-45-16, e-mail: ve-6971@mail.ru; **Podluzhnaya Maria Yakovlevna** — Doctor of Medical Sciences, professor

The article presents a method of dynamic observation of the incurable based on a specially developed form that allows giving an objective assessment of changes in patient's quality of life.

Key words: incurable; quality of life; dynamic observation

Одной из приоритетных задач в области медицины на сегодняшний день является решение проблем возрастающего числа лиц, нуждающихся в паллиативном лечении. Это обусловлено изменением демографической ситуации, процессом старения населения, структуры заболеваемости и ростом уровня смертности, в том числе, от онкологических заболеваний, и ростом числа инкурабельных пациентов.

Сложившаяся ситуация в РФ привела к необходимости формирования и развития нового вида медицинской помощи — паллиативной. В последние годы в России этот вид помощи занял одно из ведущих мест в системе здравоохранения. В настоя-

щее время сформировалась нормативно-правовая основа по организации паллиативной медицинской помощи. Внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», расширено понятие паллиативной медицинской помощи, прописан Регламент взаимодействия с органами социальной защиты населения, автономными некоммерческими организациями [7]. Утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям и взрослому населению (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187 н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской по-

мощи взрослому населению» [5], Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193 н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям») [6].

В России паллиативная помощь является частью общей политики охраны здоровья граждан и неотъемлемым компонентом предоставляемых им медицинских услуг. Исходя из назначения паллиативной помощи как медико-социальной службы при её формировании фиксируется внимание не только на медицинской помощи, но и на предотвращении духовных переживаний, психологических страданий, социальной незащищенности, ограничении активности и участия в повседневной жизни как самого пациента, так и близких ему людей [2,3,4]. В связи с этим своевременная и объективная системно проводимая оценка изменений состояния пациента имеет немаловажное значение для определения тактики наблюдения за ним и внесения коррекции лечения.

Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1]. МКФ принадлежит к группе классификаций, разработанных ВОЗ, которые применимы к различным аспектам здоровья и характеристикам жизни человека, связанным с его здоровьем. В МКФ введены такие критерии оценки последствий болезни, как ограничение активности и участия, влияния факторов окружающей среды, призванные характеризовать социальные изменения, что позволяет получить более полную и значимую картину состояния здоровья пациентов, определить цели ухода с учетом конкретной жизненной ситуации и возможностей пациента.

Цель исследования: на основании авторской «Карты динамического наблюдения за инкурабельным пациентом» оценить качество его жизни.

Материалы и методы исследования. Для оценки изменений состояния пациента, объема вмешательств нами разработана «Карта динамического наблюдения за инкурабельным пациентом» в соответствии с требованиями МКФ (2001). Наблюдение осуществляет специалист, прошедший подготовку по паллиативной медицинской помощи (врач, медицинская сестра, специалист выездной патронажной службы) после предварительного инструктажа.

Оцениваемые показатели разделены на три большие группы: функционирование; активность и факторы окружающей среды. Это позволяет дать наиболее полную характеристику состояния пациента, оценить физическое, психологическое состояние и уровень его социализации.

В I разделе «Функционирование» (состояние функций организма) оценивается физическое состояние пациента по системам, его способность к удовлетворению ежедневных физиологических потребностей, выявляются проблемы и степень их выраженности.

Во II разделе «Активность и участие» оценивается способность пациента изменять положение тела, перемещаться самостоятельно или с помощью посторонних лиц, подручных средств. Возможность осуществлять самоуход, выполнять работу по дому, участвовать в общественной жизни и функционировании семьи.

В III разделе определяются факторы окружающей среды, которые могут выступать в качестве барьеров или облегчающих факторов для жизни пациента. Тщательная их оценка позволит по возможности устранить барьеры, тем самым повлиять на активность, общее самочувствие пациента, повысить качество его жизни. Все показатели регистрируются в процентах, чем выше доля, тем более выражены нарушения.

Наблюдение осуществляется по индивидуальному графику, в зависимости от тяжести состояния пациента, характера и особенностей течения заболевания. Длительность мониторинга так же определяется конкретным состоянием.

Данные динамического наблюдения на основе предложенной карты могут быть использованы для составления индивидуального плана ухода, коррекции лечения и в целом для оценки эффективности паллиативной помощи.

Индикатором оценки эффективности мероприятий паллиативной помощи является показатель качества жизни пациента, оцениваемый самим пациентом или ухаживающими лицами – медицинской сестрой, родственниками пациента, сиделкой, волонтерами, с его слов. Исходными данными будут результаты первого наблюдения, последующие результаты сравниваются с исходными данными. Положительная динамика (повышение качества жизни или сохранение его на прежнем уровне) свидетельствует о правильно спланированной помощи и достаточном объеме проводимых мероприятий.

Отрицательная динамика (снижение качества жизни) служит поводом для более тщательного анализа состояния пациента и всех факторов, влияющих на него по карте динамического наблюдения [3,4].

Вывод. Динамическое наблюдение можно рассматривать как инструмент, который позволяет фиксировать и оценивать изменения в состоянии пациента по всем параметрам, своевременно вносить изменения в план ухода, наблюдения и лечения.

Список литературы:

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, краткая версия / ВОЗ. – СПб., 2003. – 227 с.
2. Паллиативная помощь онкологическим больным/под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. – 192 с.

3. **Подлужная, М.Я.** Значение медико-социальных, психологических и духовных факторов в оценке качества жизни инкурабельных пациентов / М.Я. Подлужная, Е.А. Воронова // Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции «Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности» ПГНИУ. – Пермь, 2016. – С. 239–244.

4. **Подлужная, М.Я.** Особенности оценки качества жизни инкурабельных пациентов / М.Я. Подлужная, Е.А. Воронова // Здоровье семьи – 21 век. – 2015. – № 1. – С. 35–43.

5. Приказ Минздрава России № 187 Н от 14 апреля 2015 г. «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

6. Приказ Минздрава России № 193 Н от 14 апреля 2015 г. «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции от 06.03.2019), ст. 9, 19, 20, 36, 80.

УДК 616.31:616-082:32

Н.М. Попова, Д.Д. Стрелкова, А.В. Рапенкова

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

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА

Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; **Стрелкова Дарья Дмитриевна** — очный аспирант; **Рапенкова Алевтина Васильевна** — доцент кафедры кандидат экономических наук

*В статье описываются основные тенденции развития стоматологической помощи развитых стран мира.
Ключевые слова:* организация здравоохранения; стоматология; профилактика

N.M. Popova, D.D. Strelkova, A.V. Rapenkova

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

MAJOR TRENDS IN THE ORGANIZATION OF DENTAL SERVICE IN THE ADVANCED COUNTRIES OF THE WORLD

Popova Natalia 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; **Strelkova Daria Dmitrievna** — graduate student; **Rapenkova Alevtina Vasilevna** — Associate professor Doctor of economical sciences

*The article describes major trends in the development of dental service in the advanced countries of the world.
Keywords:* organization of health care; dentistry; prevention

Мировая стоматология весьма разнородна, поскольку отдельные страны различаются уровнем социально-экономического развития, политическими институтами, традициями.

Отношение потребителей к стоматологической помощи меняется, теперь они проявляют все более активный интерес как к медицинскому, так и к косметическому аспекту стоматологической помощи. Большое внимание в стоматологии уделяется профилактике, санитарному просве-

щению, оказанию регулярной, разносторонней помощи всем членам общества.

Одна из наиболее важных проблем мировой стоматологии связана с концепцией бригадного метода работы. Вопрос о сотрудничестве стоматологов и вспомогательного персонала, равно как и вопрос о частичной передаче этим вспомогательным работникам функций стоматолога, представляются весьма актуальными. В Великобритании и США проводился ряд экспери-

ментов, по результатам которых подтверждено, что вспомогательные работники могут успешно и надежно выполнять некоторые функции врача, причем на уровне, сопоставимом с уровнем работы последнего.

На нынешнем этапе развития стоматологического обслуживания на выполнение преимущественно технических процедур уходит 75% всего рабочего времени стоматолога. Кроме того, спрос на стоматологическую помощь слишком велик, чтобы его мог удовлетворять один лишь стоматолог. Поэтому широкое распространение получила практика перераспределения части обязанностей с врача на вспомогательный стоматологический персонал. Если, например, зубной гигиенист способен применять эти методы так же хорошо и быстро, как и стоматолог, и если на работу можно принять двух зубных гигиенистов, выплачивая им заработную плату, эквивалентную заработной плате одного стоматолога системы общественного здравоохранения, то эффективность профилактических методов вырастет вдвое [8].

Одним из хороших примеров оказания профилактической стоматологической помощи является Австрия, где была реализована общенациональная программа распространения фторсодержащих таблеток. При этом в стране не было какого-либо законодательства, обязывающего проводить это мероприятие: программа выполнялась успешно благодаря активному участию в ней учителей, которые проводили обучение детей правилам здоровьесберегающего поведения, а также благодаря той помощи, которую оказывает ряд работников-пропагандистов, посещающих школы в различных районах страны, неустанно разъясняющих значение профилактики в деле охраны здоровья детей [8].

Благодаря ряду профилактических мероприятий в Европе произошло значительное снижение интенсивности кариеса постоянных зубов у детей, растущих в благополучных социально-экономических условиях (например, в скандинавских странах уровень КПУЗ (индекс поражения зубов кариесом) =12,0 в 1960-х снизился до КПУЗ =1,8 в 2000-х годах). Основными мерами, обеспечивающими эту тенденцию, являются применение фторидов и санитарное просвещение, прививающее населению навыки стоматологической самопомощи (рациональный режим питания, уход за полостью рта, выбор и приме-

нение фторсодержащих пищевых и оральных продуктов) [2].

В Западной Европе за 20 последних лет интенсивность кариеса зубов 12-летних детей региона в среднем снизилась с КПУЗ=4,0 до КПУЗ=1,8. Основными методами профилактики являются частная стоматологическая помощь; образовательные программы в СМИ; школьные образовательные программы; фторполоскания (для 34% детей в Португалии); фтордобавки (для 34% детей в Португалии); фторсиланты (для 16,4% детей в Португалии); фторированная соль (для 45% населения во Франции, 84% населения Швейцарии, 60% населения Германии); фторсодержащие зубные пасты для всего населения [2].

В Северо-Западной Европе за последние 20 лет в регионе уровень интенсивности кариеса зубов 12-летних детей снизился с КПУЗ=4,2 до КПУЗ=1,8 (в Норвегии), КПУЗ=1,1 (в Финляндии), КПУЗ=1,0 (в Дании, Швеции). Основой успеха служат бесплатная образовательная стоматологическая помощь, регулярные бесплатные стоматологические осмотры; школьные оральные программы: междисциплинарное взаимодействие для стоматологического просвещения, регулярные местные фторпроцедуры (полоскания растворами фторидов) и контролируемая чистка зубов для школьников, специализированная профилактическая помощь детям с высоким риском стоматологических заболеваний из семей с низким социально-экономическим статусом, низким уровнем заинтересованности родителей в стоматологическом здоровье детей, с патологией соматического здоровья, низкой скоростью слюноотделения, низкой буферной емкостью слюны и высокой концентрацией кариесогенных микроорганизмов в слюне [8].

Профилактика стоматологических заболеваний в странах Запада носит также государственный характер. В рядах стран Европы существуют законы, которые включают обязательные профилактические осмотры в организованных коллективах, контроль питания детей в образовательных учреждениях, обязательные уроки здоровья в коллективах и др. Но стоит отметить, что не все страны так качественно осуществляют медицинскую помощь, в некоторых странах (например, Бельгия, Исландия и др.) осмотрами охвачено всего лишь 5% детей [2,4,8].

В развитых странах Западной Европы и Северной Америки представлены следующие ос-

новные системы здравоохранения и организации медицинской помощи: частнопредпринимательская, страховая, государственная. В медицинской литературе в недавнем прошлом говорилось: «Великобритания – единственная страна капиталистического мира, в которой, благодаря многолетней борьбе трудящихся, удалось создать государственную систему здравоохранения» [1]. Обеспечение стоматологической помощью в рамках программ государственной службы охраны здоровья проводится местными органами охраны здоровья, которые организуют стоматологическое обслуживание населения через «доверенных» врачей государственной службы здравоохранения или врачей-стоматологов общестоматологических поликлиник. Основной объем стоматологической помощи населению Британии в настоящее время оказывается в рамках государственной службы здравоохранения, т.е. по медицинской стоматологической страховке. Некоторые группы населения (дети и подростки до 18 лет, молодые люди до 19 лет, если они обучаются полный день на дневном виде обучения, беременные женщины и женщины, имеющие детей до одного года, малоимущие (граждане, получающие пособие по безработице, по бедности, по инвалидности и т.д.)) обслуживаются бесплатно. Основную часть врачей-стоматологов составляют женщины – 67,5 % [7]. Врачи-стоматологи в своей повседневной работе сотрудничают со следующими специалистами: стоматологическими медсестрами, зубными гигиенистами, зубными врачами, зубными техниками [5].

Большое внимание в западных странах уделяют мониторингу качества оказания стоматологической помощи [12].

Интересна организация медицинской помощи в Японии. Система здравоохранения в Японии – одна из самых развитых в мире. Ориентация на профилактику и реабилитацию позволила существенно снизить расходы на здравоохранение и повысить его качество. Система здравоохранения основана на полном охвате всего населения медицинским страхованием, обеспечиваемым государством и работодателями частного сектора.

В настоящее время расходы на здравоохранение в Японии составляют 8,1 % ВВП и показатели медицинского обслуживания намного лучше, чем в США, затрачивающих на эти цели почти в 2 раза больше. Страна добилась этого путём запрета на прибыль страховых компаний, а так-

же введения ограничений на оплату врачей, допускающих серьёзные дефекты в обслуживании пациентов. Подавляющее большинство больниц и клиник в Японии находится в частных руках, однако из-за того, что все тарифы на оплату их услуг устанавливаются властями, для пациентов никакой разницы между частной и государственной медициной не существует [3].

Одна из сильных сторон японской системы здравоохранения – возможность самостоятельно выбрать лечащего врача и быстро попасть на приём. Особенно это касается стоматологии. Стоматологическая помощь оказывается по принципу «щадящего лечения», который предусматривает минимальный показатель стачивания зубов и удаления, основные силы направлены на профилактику. За прошедшие годы в стране сформировались ряд общественных организаций семейных врачей. В начале 2010 года руководители этих организаций объявили о предстоящем слиянии в единую структуру – Федерацию обществ первичной помощи (*Federation of Primary-Care Societies*) [6].

Подобная тенденция объединения наблюдается сейчас и в США. Система здравоохранения США имеет плюралистический характер, что выражается в отсутствии единого централизованного управления и многочисленных типах медицинских учреждений. Но абсолютно все учреждения предоставляют медицинские услуги исключительно платно. Для ряда категорий граждан, что лечатся бесплатно, расходы компенсируются государством или специальными фондами. Стоматологические услуги в США традиционно предоставлены частной стоматологической практикой. Сейчас изменение происходит во многих аспектах стоматологии США. Пожалуй, наиболее заметное изменение в парадигме стоматологической практики на сегодняшний день проявляется в консолидации небольших частных стоматологических клиник в большие группы. В журнале Американской ассоциации стоматологов опубликовано мнение: «... Стоматолог сегодня в большинстве случаев это практикующий юрист, единоличный владелец и единственный врач в практике лечения пациентов. Частнопрактикующие стоматологи представляют около 91,0 % от числа всех стоматологов, на долю индивидуально практикующих приходится около двух третей (67,0 %) всех стоматологов.» [9].

Исследования, проведенные Американской стоматологической ассоциацией и Институтом политики в 2012 году выявили сокращение доли частнопрактикующих стоматологов с 67,0% до 57,5% [13].

Было принято решение о модернизации системы здравоохранения в сторону объединения мелких частнопрактикующих стоматологических клиник под общим административным ресурсом. Термин «*group practice*» объединяет или в одну крупную организацию или в группу частнопрактикующих стоматологов, имеющих общие органы управления, юридический персонал, бухгалтерию, менеджеров, сервисные организации.

Организации стоматологической помощи (*DSO*) предоставляют службу управления и людские ресурсы, занимаются выставлением счетов, ведением бухгалтерского учета, вопросами аренды, закупками, информационной политикой и обеспечением техническими средствами. *DSO*-клуб стоматологов практикует обмен мнениями и помощь в решении сложных клинических задач, мониторинг клинических исходов и удовлетворенности пациентов лечением. Также имеется возможность частнопрактикующим стоматологам заключать контракты с персоналом *DSO* неклинических административных услуг. Стоматологическая помощь сейчас оказывается в рамках программы *Medicaid*. Все дети охвачены медицинским страхованием через *Medicaid* или детскую программу медицинского страхования (чип). Для взрослых в рамках программы *Medicaid* стоматологическое обслуживание ограничивается экстренной помощью. Не все могут себе позволить оплатить услуги стоматолога, в том числе профилактические осмотры и своевременное лечение. Проблема нерегулярного получения стоматологических услуг из-за социальных, экономических и географических различий является широко распространенной. На рынке стоматологических услуг люди с низким и ниже среднего доходом, особенно взрослые, в значительной степени не охвачены стоматологической помощью. Эти группы населения являются целевой аудиторией для поставщиков стоматологических услуг сегодня. *DSO* с большей эффективностью и в больших масштабах способны сдерживать расходы денежных средств и увеличить возможность доступности лечения и профилактической гигиены полости рта. В результате на практике

консолидация *DSO* более уместна и, возможно, более способна сэкономить денежные средства, возмещаемые из программ государственного страхования, чем небольшие частные стоматологические клиники, отчасти из-за их способности лечить пациентов на нижней границе их расходов за счет снижения накладных расходов.

По данным Бюро переписи населения США, показатель числа объединенных стоматологических компаний вырос на 49,0% до 8,442. Число стоматологических групп более чем с десятию отдельно практикующими подразделениями, которые они контролировали, увеличилось с 157 до 3009 [11]. Однако, существует мнение, что практика *DSO* нарушает юридические, моральные и этические обязанности стоматолога перед пациентом путем передачи ответственности за все решения по уходу за пациентами. Но практикующие стоматологи все же выступают в пользу организаций *DSO*, поскольку «новаторский характер» стоматологии предполагает инвестирование в дорогостоящие электронные медицинские ресурсы, такие как *CAD/CAM* технологии (изготовление зубных коронок, виниров и т. д. на основе компьютерного моделирования), цифровые диагностические технологии и многое другое – все в пользу пациентов. *DSO* имеют возможность инвестировать средства в инновационные технологии и новые методы лечения на условиях, которые теперь могут позволить стоматологи даже среднего достатка. Эти финансовые ресурсы помогают содействовать повышению эффективности и расширению доступа к лечению для пациентов и стоматологов [10].

Таким образом, в развитых странах мира активно осуществляются профилактические мероприятия и внедряются современные технологии, что способствует снижению стоматологической заболеваемости.

Список литературы:

1. **Ермаков, В. В.** Здравоохранение в зарубежных странах / В. В. Ермаков // Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М.: Медицина, 1984. – С. 608–620.
2. **Попруженко, Т. В.** Профилактика основных стоматологических заболеваний: учебное пособие / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с.
3. Особенности здравоохранения в Японии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://miuki.info/2012/07/osobennosti-zdravooxraneniya-v-yaponii/>
4. Стоматологическая практика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://стомпрактика.рф/articles/zarubezhnyj-opyt-organizacii-profilaktiki-stomatologicheskix-zabolevanij/>.
5. **Юлдашев, И. М.** Составляющие системы стоматологической службы Великобритании / И. М. Юлдашев; Кыр-

гызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zinref.ru/000_uchebniki/03200medecina/100_lekcii_medicina_16/263.htm.

6. Японская стоматология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://viewout.ru/news/stomatologija_v_japonii/2013-12-06-707.

7. **Blinkhorn, F.A.** A profile of the dentists working in the community dental service in the UK / F.A. Blinkhorn, A. S. Blinkhorn // British Dental Journal. – 2001. – С. 266–268.

8. **Hall, T.L.** Health manpower planning principles, methods, issues / T.L. Hall, A. Mejia // World Health Organization. – Geneva, Switzerland. – С. 147.

9. A Profession in Transition: Key Forces Reshaping the Dental Landscape. American Dental Association Health Policy Resources Center. Available from: American Dental Association [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/Esca2013_ADA_Full.pdf. Accessed January 8, 2014.

10. Academy of General Dentistry Practice Models Task Force. Investigative Report on the Corporate Practice of

Dentistry. 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://agd2017.org/media/171772/corporatedentistrystudy.pdf>. Accessed July 17, 2017.

11. American Dental Association Health Policy Resources Center. A Profession in Transition: Key Forces Reshaping the Dental Landscape. August 2013. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ada.org/~media/ADA/Member%20Center/Files/Esca2013_ADA_Full.pdf?la=en. Accessed July 17, 2017.

12. **Glassman, P.** Oral Health Quality Improvement in the Era of Accountability. December 2011 / P. Glassman. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.wkcf.org/resource-directory/resource/2012/01/pacific-center-for-special-care-report>. Accessed July 17, 2017.

13. **Nasseh, K.** Dental Care Utilization Continues to Decline among Working-Age Adults, Increases among the Elderly, Stable among Children. Health Policy Resources Center Research Brief. October 2013. Available from: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ada.org/sections/professionalResources/pdfs/HPRCBrief_1013_2.pdf. Accessed January 8, 2014.

УДК 61:001.89

М. П. Разин¹, Р. Р. Кильдиярова²

¹ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Кировская область
Кафедра детской хирургии

²ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва
Кафедра пропедевтики детских болезней Института здоровья детей

ИНДЕКС ХИРША В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Разин Максим Петрович — проректор по научно-исследовательской работе, заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; e-mail: mprazin@yandex.ru; **Кильдиярова Рита Рафгатовна** — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

Авторами сформулированы основные недостатки и достоинства наиболее часто применяющихся наукометрических показателей, а также дана оценка публикационной активности профессорско-преподавательского состава высшего учебного медицинского заведения, рассмотрены способы увеличения индекса Хирша.

Ключевые слова: публикационная активность; медицинские науки; импакт-фактор; индекс Хирша

М. P. Razin¹, R. R. Kildiyarova²

¹Kirov State Medical University, Kirov region
Department of Pediatric Surgery

²First Moscow state medical university named after I.M. Sechenov, Moscow
Department of Propaedeutics of childhood diseases of the Institute of children's health

THE HIRSCH INDEX IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF SCIENTISTS' ACTIVITIES

Razin Maksim Petrovich — Doctor of Medical Sciences, professor, vice-rector for scientific research, head of the Department of Pediatric Surgery; e-mail: mprazin@yandex.ru; **Kildiyarova Rita Rafgatovna** — Doctor of Medical Sciences, professor

The authors have formulated the main disadvantages and advantages of most often applied scientometric indices and also assessed the publication activities of the faculty members of higher educational medical institutions. The ways to increase the Hirsch index are suggested.

Key words: publication activity; medical science; impact factor; Hirsch index

К наукометрическим методам оценки труда ученых очевиден всевозрастающий интерес. Современная наукометрия имеет возможность использования множества различных критериев и показателей, но наиболее востребованными

являются импакт-фактор, индекс цитирования и индекс Хирша [3].

Источниками информации о публикационной активности любого ученого, в том числе медицинского вуза, являются три основных ресурса.

Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) – это единственная национальная библиографическая база данных научного цитирования, аккумулирующая более 9 миллионов публикаций российских авторов, а также информацию о цитировании этих публикаций из более 6000 российских журналов [10]. Проект РИНЦ был запущен в 2006 году при поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации.

Web of Science – электронный ресурс публикаций по фундаментальным разделам науки в ведущих международных и национальных журналах [12].

Scopus – крупнейшая в мире единая реферативная база данных, которая индексирует более 15 тыс. наименований медицинских и научно-технических журналов [11].

Один из базовых наукометрических показателей – количество публикаций – приобрел статус государственного норматива и отражен в Указе Президента России от 7.05.2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» [9].

Цель исследования: дать характеристику наукометрическому показателю Хирша.

Материалы и методы исследования. Использован аналитический метод.

Результаты исследования и их обсуждение. Рассмотрим преимущества и недостатки основных показателей публикационной активности ученого. Импакт-фактор – показатель средней частоты цитируемости журнальных статей, имеющий определенные преимущества. Он учитывает не только количество, но и качество публикаций благодаря проведенной экспертизе работы; определяет потенциал научного сотрудника или коллектива (кафедра, отдел, факультет) в настоящее время, так как рассчитывается за определенный временной промежуток. Но изолированно этот критерий определяет немного [4]. Недостатком импакт-фактора является сокращенный общепринятый порядок цитирования литературы, использованной в работе, который не позволяет системе «видеть» авторов, обозначенных как «др.» или «соавт.». Примерно 90% ссылок выходят за рамки двухлетнего периода, в рамках которых он подсчитывается. Импакт-фактор игнорирует большинство ссылок; он не может быть использован для сравнения работ [1].

Большое значение в исследовании имеет отраслевое назначение, читательская аудитория. Понятно, что работы по некоторым наукам, к примеру, по ядерной физике и даже по садоводству цитируются на несколько порядков большим кругом специалистов, чем например, публикации, посвященные узкой специализации медицинских наук: нутрициологии, комбустиологии, урологии и прочим логиям. Следовательно, импакт-фактор медицинских журналов будет измеряться только десятками, а зачастую – сотыми долями.

Оценка труда ученого или научного коллектива может определяться по индексу цитирования [8]. Большое количество ссылок на публикации автора говорит о его или их востребованности. Недостатки метода: более полно индекс отражает только ранние достижения; возможны случаи, когда первичная работа цитируется куда меньше, чем вторичные публикации, ссылающиеся на неё. Заметим, цитирование зависит от известности, общительности автора, личных симпатий, а иногда и случайных факторов.

Индекс Хирша является количественной характеристикой продуктивности ученого за весь период его научной деятельности, который также зависит от области науки. В биологии индекс Хирша бывает выше, чем в химии, а в клинических дисциплинах – намного ниже, чем в фундаментальных [1].

У исследователя индекс Хирша будет равен..., если h из его n работ цитируются как минимум h раз каждая, в то время как оставшиеся статьи цитируются менее, чем h раз каждая. Пример: индекс Хирша, равный 5, означает, что ученый имеет не менее 5 работ, каждая из которых была процитирована не менее 5 раз (то, что у него может быть еще 100 работ, процитированных, скажем, по 2 раза, не имеет никакого значения) [7].

Недостатком индекса Хирша является невозможность проведения сравнительной оценки разных ученых в одной области исследований. Один имеет 10 работ, процитированных по два раза, а другой только две, но процитированных 10 раз. У обоих индекс Хирша будет равен двум. Индекс Хирша неправильно оценивает значимость исследователя, находится в прямой зависимости также от возраста автора. Короткая карьера ученого ведет к существенной недооценке его работ [7].

Этот наукометрический показатель был предложен в 2005 г. физиком Хорхе Хиршем (универ-

ситет Сан-Диего, Калифорния) в качестве альтернативы классическому индексу цитирования. И почему-то американский показатель выбран нашими отечественными «наукооценщиками» в качестве основного критерия оценки труда российских ученых [1]... Справедливости ради нужно отметить, что «наукометрические» показатели измеряют не научный вклад, а представленность ученого в некоторых реферативных базах (*Scopus* и *Web of Sciens*), в которых публикации весьма дорогостоящие по многим параметрам.

Ознакомившись с методикой расчёта индекса Хирша, можно быстро и существенно увеличить свои значения. Для повышения индивидуально-го индекса Хирша, в том числе в медицинских науках, необходимо:

1. Зарегистрировавшись в базе данных РИНЦ и получив индивидуальный *SPIN*-код, постоянно и активно отслеживать и корректировать персональный профиль автора. Так как проект РИНЦ был запущен в 2006 году, все ранее опубликованные работы, в основном те журнальные статьи, которые цитировались, необходимо будет внести в эту библиографическую базу в формате *PDF*.

2. По возможностям стремиться к публикациям в международных журналах, индексируемых крупнейшими мировыми реферативными базами, такими как *Scopus* и *Web of Science*; в российских журналах не только из перечня ВАК, но прежде всего находящихся в ядре РИНЦ. Сюда входят журналы, индексируемые в настоящее время в базах данных *Web of Science Core Collection*, *Scopus* и *RSCI (Russian Science Citation Index на платформе Web of Science)* [10]. Проверять импакт-фактор журналов, предпочитая журналы для статей с высоким показателем.

3. В связи с бурным ростом количества издаваемых в России журналов, которые на словах позиционируют себя как научные рецензируемые издания, а на деле просто оказывают платные услуги по публикации трудов автора без какого бы то ни было рецензирования, из РИНЦ было исключено 344 ненаучных журнала. Из этих журналов следует отозвать свои статьи, доработать и переправить в журналы ядра РИНЦ. При этом нужно указать, что статья была опубликована ранее, но отозвана и переработана. Это позволит избежать впоследствии проблем с дублированием текста при проверках на некорректное заимствование [10].

4. Публиковаться в соавторстве с коллегами, имеющими высокие наукометрические показатели, особенно со специалистами известными в своей области [и даже с редакторами или членами редколлегии журнала (но в журналах с ненулевым импакт-фактором), которые ускоряют процесс выхода статьи], в том числе с иностранными коллегами-учеными.

5. Осуществлять «обмен ссылками» с активно пишущими коллегами. К примеру, Вами планируется публикация по конкретной теме. Ваш товарищ предоставляет список своих трудов, который Вы включаете в список используемой литературы. В последующем он включит в цитируемую литературу Ваши труды. Следует не забывать о своих учениках (студентах, ординаторах, аспирантах, кандидатах наук), которые также будут включать Ваши источники в список литературы своих статей. Следует помнить, что ссылки на Ваши авторефераты диссертаций, справочники, методические указания, ненаучные публикации, журналы, исключенные из РИНЦ при расчете индекса Хирша не учитываются.

6. Так как надзорные органы не регламентируют возможную долю самоцитирований (хотя ведутся отдельные расчеты числа самоцитирований и индекса Хирша «без учета самоцитирования»), быстро повысить свои наукометрические характеристики можно, опубликовав 1–2 обзорные статьи по наиболее значимым для себя темам со ссылками на собственные ранее опубликованные работы. В отечественной науке еще недавно активно цитировать собственные работы считалось делом не совсем приличным, но наши западные коллеги никогда не игнорировали этот путь повышения своего индекса цитирования и индекса Хирша. Не в этом ли один из секретов их высоких наукометрических показателей?

7. Составлять качественные аннотации к статьям на русском и английском языках с употреблением общепринятой в мировой практике терминологии. Тщательно отбирать ключевые слова, используя для данного языка общепринятые термины, отслеживая качество перевода, причем их список не должен включать только узкоспециализированные термины.

8. Проверять в авторском указателе базы РИНЦ списки собственных публикаций, ссылки на работы, публикации, ссылающихся на Ваши работы не только привязанных к автору, но и непривязанных публикаций, которые могут

принадлежать данному автору, с дальнейшим добавлением выделенных ссылок в свои списки.

К сожалению, современная наука деформируется, научное сообщество расслаивается на две категории: генераторы идей и их популяризаторы, «пиарщики», калькулирующие свои публикации и цитирования, превращающие свою деятельность в спортивное состязательство. Почему америкоцентризм прочно укореняется в наукометрических оценках? Почему вклад в мировую науку оценивается по публикациям «у них»? Речь даже не о слабом знании языка большинством отечественных ученых, не о дороговизне профессионального перевода. Чтобы не складывалось впечатление, что мы, российские ученые, так «необильно» представленные в зарубежных журналах, ищем оправдания для этой ситуации, приведем цитаты зарубежных специалистов. «Ученых стали вынуждать отойти от общепринятых целей научного исследования, заменив стремление совершать открытия на желание публиковать как можно больше статей» [5]. «Использование индекса Хирша органами, оценивающими исследования, – использование данных не по назначению» [1]. «Огромное влияние на импакт-фактор может иметь деятельность всего лишь нескольких заинтересованных людей, причем для разоблачения такой деятельности требуются значительные усилия» [2].

Выводы. В очередной раз нами заимствуются те практики, от которых на западе начинают отказываться. Эффективность научной деятельности профессором и преподавателей высшего учебного медицинского заведения считается высокой, если он имеет научные школы, гранты, выпускает учебники и учебные пособия с грифом от Министерства образования и науки Российской Федерации, участвует в международных и российских научно-практических конгрессах, конференциях, симпозиумах и т.д. Оценивать вклад ученого в науку по количеству публикаций и ссылок на них – то же самое,

что судить о таланте художника по среднему количеству мазков на его картинах [6]. Представленность в иностранных реферативных базах нередко имеет отношение к политике, а также наличию конфликта интересов (работа с частными зарубежными компаниями). Наша страна имела и имеет великую науку. Российская наука вносит огромный вклад в мировую по определению, являясь ее частью.

Список литературы:

1. **Адлер, Р.** Игра в цифирь или как теперь оценивают труд ученого. Статистики цитирования (сборник статей по библиометрике) / Р. Адлер, Дж. Эвинг, П. Тэйлор. – М.: Издательство МЦНМО, 2011. – С. 6–38.
2. **Арнольд, Д.** Гнусные цифры / Д. Арнольд, К. Фаулер // Статистика цитирования (сборник статей по библиометрике). – М.: Издательство МЦНМО, 2011. – С. 52–62.
3. **Бедный, Б. И.** О показателях научного цитирования и их применении / Б. И. Бедный, Ю. М. Сорокин // Высшее образование в России. – 2012. – № 3. – С. 17–28.
4. **Лоуренс, П. А.** Потерянное при публикации: как измерение вредит науке / П. А. Лоуренс // Статистики цитирования (сборник статей по библиометрике). – М.: Издательство МЦНМО, 2011. – С. 39–45.
5. **Максимова, Н. Н.** Некоторые аспекты применения наукометрических показателей в оценке эффективности научной деятельности / Н. Н. Максимова, А. Л. Максимов // Вестник Дальневосточного отделения Российской академии наук. – 2009. – № 5. – С. 149–156.
6. **Разин, М. П.** К вопросам наукометрии ... и не только / М. П. Разин // Вятский медицинский вестник. – 2013. – № 2. – С. 44–47.
7. **Разин, М. П.** Недостатки индекса Хирша в медицинской науке и возможные пути их преодоления / М. П. Разин // Детская хирургия. – 2013. – № 3. – С. 58–59.
8. **Усачев, А. С.** Российские истории и зарубежные журналы: некоторые размышления специалиста по истории России / А. С. Усачев // Новый исторический вестник. – 2013. – Т. 35. – С. 69–83.
9. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки». Официальный сайт Президента России. М., 2012. – Режим доступа: <http://graph.document.kremlin.ru/page.aspx?1;1610850>.
10. **eLIBRARY.RU.** Список научных издательств / Российский индекс научного цитирования. – М.: Научная электронная библиотека, 2017. – URL: <http://elibrary.ru/publishers.asp?>
11. Scopus Source Titles. Elsevier-Scopus. Elsevier, 2013. – Режим доступа: http://www.info.sciverse.com/documents/files/scopus-training/resourcelibrary/xls/title_list.xlsx.
12. Web of Science. Web of Knowledge [v. 5.11]. Thomson Reuters, 2013. – Режим доступа: <http://www.webofknowledge.com>.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 314.32:314.42:614.1 «1938/1939» (470.51)

Н. М. Попова¹, И. Г. Шевченко², А. В. Рапенкова¹, А. А. Хабибуллин, Ю. С. Русских

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

¹ Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

² Кафедра философии и гуманитарных наук

АНАЛИЗ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР В 1938–1939 годы

Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, 426034, ул. Коммунаров, 281, тел.: +7 (3412) 65-81-67, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Шевченко Ирина Геннадьевна — старший преподаватель; Рапенкова Алевтина Васильевна — доцент кафедры кандидат экономических наук; Хабибуллин Айрат Айдарович — студент; Русских Юлия Станиславовна — студент

В статье представлены обобщенные данные по рождаемости и смертности населения в Удмуртской АССР в 1938–1939 годы, полученные путем изучения архивных данных.

Ключевые слова: смертность; рождаемость; Удмуртская АССР; 1938 и 1939 годы

N.M. Popova¹, I.G. Shevchenko², A.V. Rapenkova¹, A.A. Khabibullin, Yu.S. Russkikh

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Public Health and Health Care Service

²Department of Philosophy and Humanities

ANALYSIS OF BIRTH AND DEATH RATES IN UASSR IN 1938–1939

Popova Natalia Mitrofanovna — head of the department Doctor of Medical Sciences, professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: +7 (3412) 65-81-67, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Shevchenko Irina Gennadyevna — senior lecturer; Rapenkova Alevtina Vasilevna — Associate professor Doctor of economical sciences; Khabibullin Ayrat Aydarovich — student, Russkikh Yulia Stanislavovna — student

The article presents summarized data on death and birth rates in the Udmurt Autonomous Soviet Socialist Republic (UASSR) in the years 1938–1939 obtained by studying archival data.

Key words: death rate, birth rate, Udmurt ASSR, years 1938 and 1939

Рождаемость является важнейшим демографическим процессом, определяющим наряду со смертностью режим воспроизводства населения. Социологи и демографы давно обратили внимание на то, что, являясь, по сути, процессом биологическим, рождаемость в обществе приобретает социальное содержание и регулируется комплексом социальных, религиозных и иных норм. В настоящее время в России и многих экономически развитых странах наблюдается снижение рождаемости в результате воздействия на нее множества факторов, вызывающих последствия, имеющие значение для функционирования общества [5].

По данным, полученным из Центрального государственного архива Удмуртской Республики, мы проанализировали показатели рождаемости и смертности в Удмуртской АССР

за 1938 и 1939 годы. За 1938 год в УАССР умерло 34256 человек, а родилось — 51330. В архивных документах отсутствуют сведения за четыре месяца 1939 года: сентябрь, октябрь, ноябрь и декабрь. Умерло за анализируемый период в УАССР 6171 человек, а родилось — 9874. Общая численность населения согласно переписи в 1938 году составила 1202933 человека, а в 1939 году — 1220007 человек. Показатель младенческой смертности составил 238,6 умерших на 1000 родившихся в 1938 году (всего умерло 12216 детей до 1 года) и 28,3 умерших на 1000 родившихся (всего умерло 2790 детей до 1 года) в 1939 году, без сведений за четыре месяца.

По данным об уровне рождаемости в сельской местности за 1938 год наибольшее число родившихся приходилось на июль — август (максимальное значение в августе — 4354). Наимень-

шее зафиксировано в январе – мае (минимальное значение в феврале – 1986) [2].

По данным о структуре смертности за 1938 год в сельской местности наибольшее число умерших – в августе – сентябре (максимальное значение в августе – 3299). Наименьшее число зафиксировано в январе – феврале (минимальное значение в феврале – 1554).

Самые высокие показатели младенческой смертности в 1938 году в сельской местности зафиксированы в июне–сентябре (максимальное значение в августе – 1756). Самое низкое число умерших – в январе–феврале (минимальное значение в феврале – 363).

Поскольку в архивных документах за 1939 год отсутствуют сведения за четыре месяца нельзя объективно сказать, когда в течение этого года число умерших и число родившихся было наибольшим. Исходя из этого, мы получили следующие показатели за 8 месяцев: в г. Ижевске родилось 5760, а умерло 3587 человек; в г. Сарапуле родилось 1042, а умерло 837 человек; в г. Воткинске родилось 1086, а умерло 655 человек; в г. Глазове родилось 486, а умерло 276 человек; в г. Можге родилось 644, а умерло 387 человек [3].

Среди районов УАССР в 1939 году за 8 месяцев в Ижевском родилось 577, а умерло 303 человека; в Сарапульском родилось 745, а умерло 426 человек; в Воткинском родилось 1178, а умерло 665 человек; в Глазовском родилось 848, а умерло 392 человека; в Можгинском родилось 740, а умерло 432 человека.

В 1939 году за 8 месяцев младенческая смертность детей до одного года составляла 1725 умерших в г. Ижевске; в г. Сарапуле – 312; в г. Воткинске – 265; в г. Глазове – 122; в г. Можге – 160.

В районах в 1939 году за 8 месяцев младенческая смертность детей до одного года составляла 122 умерших в Ижевском; в Сарапульском – 312; в Воткинском – 265; в Глазовском – 122; в Можгинском – 160 [4].

Главными причинами смертности среди всех возрастных групп населения по г. Ижевску, по данным научного доклада 1938 года, являются следующие заболевания: корь – 556, где максимальная смертность приходится на возраст от одного до двух лет, что составляет 270 человек, а минимальная – на возраст 7 лет и период с десяти до четырнадцати лет, что составляет 1 человек;

бронхит, пневмонии и бронхопневмонии – 793, где максимальная смертность приходится на возраст до одного года, что составляет 459 человек, а минимальная – на возраст от одного до двух лет и составляет 1 человек; энтерит, диарея и диспепсия в возрасте до двух лет – 581 человек [1].

Главными причинами смертности по г. Ижевску, по данным научного доклада 1939 года, за 10 месяцев (январь, февраль, март, апрель, май, июнь, июль, август, сентябрь, октябрь) являются следующие заболевания: корь – 464, где максимальная смертность приходится на октябрь (127 человек), а минимальная на август (20 человек); бронхит, пневмонии и бронхопневмонии – 1687, где максимальная смертность приходится на февраль (297 человек), а минимальная на сентябрь (79 человек); энтерит, диарея и диспепсия – 687, где максимальная смертность приходится на июль (177 человек), а минимальная на январь (24 человека). В обращении к Наркому здравоохранения УАССР в 1939 году г. Глазов представлен неблагополучным районом по смертности от кори.

Вывод. В 1938–1939 годы в Удмуртской АССР главной причиной смертности являются заболевания органов дыхания: пневмонии, бронхиты и бронхопневмонии.

Работа выполнена в рамках гранта РФФИ № 18–49–180002 (конкурс р_а) «Здравоохранение в национальном регионе: становление и развитие (на примере Удмуртской Республики)»

Список литературы:

1. **Воронцов, С.Л.** Этносоциальные и демографические процессы в Удмуртии: опыт локально-исторического исследования / С.Л. Воронцов, И.Л. Поздеев, Д.А. Черненко // Ежегодник финно-угорских исследований. – 2017. – С. 149–159.
2. **Малькова, И.Л.** Исторические аспекты медико-географических исследований в Удмуртии (XIX–XX вв.) / И.Л. Малькова // Вестник Удмуртского университета. Серия «Биология. Науки о Земле». – 2006. – № 11. – С. 35–43.
3. Смертность и рождаемость населения УАССР. Период – 10.02.1938–31.12.1939 года // Центральный государственный архив Удмуртской Республики–Д.13–Л. 2,3,4,6,8,10,11,38,39,41,43,46.
4. **Уваров, С.Н.** Сельское население Удмуртии в годы Великой Отечественной войны: историко-демографический анализ / С.Н. Уваров // Вестник Удмуртского университета. Серия «История и филология». – 2014. – № 1. – С. 64–72.
5. **Хачатрян, Л.А.** Рождаемость в современном российском обществе: особенности и последствия / Л.А. Хачатрян // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2011. – № 4. – С. 98–106.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-009.865:616-002.77]-07

З. Р. Багаутдинова¹, И. Р. Гайсин², Н. И. Максимов², Р. М. Валеева², И. В. Сабельникова¹, О. В. Десинова³, Р. У. Шаяхметова³, Л. А. Гарзанова³, Е. А. Агарева¹

¹БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра госпитальной терапии с курсами кардиологии и функциональной диагностики ФПК и ПП

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой», г. Москва

ФЕНОМЕН РЕЙНО ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Багаутдинова Зухра Рифкатовна — заведующий ревматологическим отделением специализированной поликлиники, врач-ревматолог; e-mail: zukhra.bagautdinova@yandex.ru, тел.: 89127698422; Гайсин Ильшат Равилович — профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; Максимов Николай Иванович — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Валеева Розалия Муллаяновна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Сабельникова Ирина Владимировна — врач-ревматолог ревматологического отделения специализированной поликлиники; Десинова Оксана Викторовна — научный сотрудник кандидат медицинских наук; Шаяхметова Рушана Ульфатовна — аспирант, врач-ревматолог 4-го ревматологического отделения; Гарзанова Людмила Александровна — младший научный сотрудник; Агарева Елена Александровна — врач-ревматолог

Опрос пациентов с применением оригинальной анкеты позволяет обеспечить раннюю диагностику феномена Рейно при ревматических заболеваниях

Ключевые слова: феномен Рейно; ревматические заболевания; анкетирование

Z.R. Bagautdinova¹, I.R. Gaisin², N.I. Maksimov², R.M. Valeeva², I.V. Sabelnikova¹, O.V. Desinova³, R.U. Shayakhmetova³, L.A. Garzanova³, Ye.A. Agareva¹

¹Republic Clinical Diagnostic Centre, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

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

³V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow

RAYNAUD'S PHENOMENON IN RHEUMATIC DISEASES: INCIDENCE AND CLINICAL MANIFESTATIONS

Bagautdinova Zukhra Rifkatovna — head of the Rheumatology Department of the specialist polyclinic, rheumatologist, tel.: 89127698422, e-mail: zukhra.bagautdinova@yandex.ru; Gaisin Ilshat Ravilevich — Doctor of Medical Sciences, professor of the Department; Maksimov Nikolay Ivanovich — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the Department; Valeeva Rozaliya Mullayanovna — Candidate of Medical Sciences, associate professor the Department; Sabelnikova Irina Vladimirovna — rheumatologist of the Rheumatology Department of the specialist polyclinic; Desinova Oksana Viktorovna — Candidate of Medical Sciences, researcher; Shayakhmetova Rushana Ulfatovna — graduate student, rheumatologist of the 4th Rheumatology Department; Garzanova Lyudmila Aleksandrovna — junior researcher; Agareva Yelena Aleksandrovna — rheumatologist of the Rheumatology Department of a specialist polyclinic

A survey of patients using the original questionnaire allows for an early diagnosis of Raynaud's phenomenon in rheumatic diseases.

Key words: Raynaud's phenomenon; rheumatic diseases; questionnaire survey

Феномен Рейно (ФР) характеризуется эпизодами (атаками, приступами) вазоспазма периферических сосудов и микроциркуляторного русла (артерии, артериолы, прекапилляры и посткапил-

лярные венулы) с дигитальными проявлениями. По данным литературы, ФР встречается у 3–5% взрослого населения [1]. Наиболее часто клинически ФР проявляется в возрасте 20–60 лет,

но также встречаются случаи в детском, подростковом и пожилом возрасте [7, 9, 10]. У женщин ФР наблюдается в семь раз чаще, чем у мужчин [1]. Известно, что в странах с теплыми климатическими условиями частота встречаемости ФР ниже, чем в районах с относительно холодным климатом [1, 6]. В России эпидемиологических исследований ФР не проводилось, но есть данные Р.Т. Алекперова, согласно которым соотношение женщин и мужчин с ФР в России такое же, как и в странах Северной Европы [1].

При отсутствии признаков основного заболевания диагностируют первичный ФР, что составляет приблизительно 80% случаев ФР [8]. Вторичный ФР ассоциирован с определенными болезнями, преимущественно с системными заболеваниями соединительной ткани: системной склеродермией (ССД), системной красной волчанкой (СКВ), смешанным заболеванием соединительной ткани (СЗСТ), дерматомиозитом/полимиозитом (ДМ), ревматоидным артритом (РА), болезнью Шегрена (БШ), васкулитами [1]. ФР встречается при ССД в 96% случаев, при СЗСТ – в 86%, СКВ – 31%, при недифференцированном заболевании соединительной ткани – в 30% случаев, при РА – в 22% и при БШ – в 13% [12]. Через 4,8 года наблюдения у пациентов с ФР в 37,2% случаев развивались ревматические заболевания (РЗ), в 8,1% были другие причины вторичного ФР, в 54,7% случаев ФР оставался первичным [9].

Субъективно при ФР пациентов беспокоит изменение окраски кожи пальцев кистей и/или стоп в виде побеления (фаза ишемии), посинения (фаза нарушения оксигенации крови) и покраснения (фаза восстановления кровотока) – т.н. «француз-

ский триколор» [10, 12]. По мнению некоторых авторов, данная клиническая триада встречается только в 19% случаев [7,10]. Большую часть пациентов беспокоят эпизоды двухцветных атак в нескольких вариантах: побеление и посинение, бледность и покраснение или посинение и покраснение [10]. Отмечено, что побеление пальцев является высокочувствительным (94–100%) и высокоспецифичным (75–78%) признаком ФР [2].

Для своевременного выявления ФР рекомендуется при сборе анамнеза использовать вопросы: 1. Отмечается ли чувствительность пальцев к холоду? 2. Изменяется ли цвет пальцев под воздействием холода? 3. Становятся ли они белыми и/или синеватыми? [1]. Достоверным ФР считается при положительном ответе на все три вопроса [1]. Дальнейшая тактика определяется путем исключения возможных причин ФР (лекарства и токсины, экзогенные факторы, профессиональные вредности, системные заболевания соединительной ткани и др.) и проведения лабораторно-инструментальных исследований [1].

Цель исследования: изучение частоты и описание вторичного Рейно феномена при аутоиммунных ревматических заболеваниях.

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 230 пациентов (182 женщины и 48 мужчин; средний возраст – 52,8±14,4 года с РЗ, которым проведено анкетирование. Оригинальная анкета, заполняемая пациентом и врачом, содержала 20 вопросов, направленных на выявление признаков ФР и РЗ, а также сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний и факторов, влияющих на развитие вторичного ФР [4] (табл. 1).

Таблица 1. Анкета для опроса пациентов с ревматическими заболеваниями

1	Ф.И.О. (полностью)	
2	Возраст	
3	Пол	м ж (подчеркнуть)
4	Профессия	
5	Группа инвалидности (какая)	Да _____ Нет
6	Диагноз (заполняется врачом) кратко	Например, РА, ОА и т.д.
7	Отмечается ли необычная чувствительность пальцев к холоду?	Да Нет (подчеркнуть)
8	Изменяется ли цвет пальцев под воздействием холода?	Да Нет
9	Становятся ли они белыми и/или синеватыми, красными?	Белыми Синими Красными
10	Беспокоят ли вас боли в суставах? Сопровождаются ли боли в суставах: Какие суставы Вас беспокоят:	Да Нет припуханием – покраснением – повышением температуры над суставом (подчеркнуть) Все Суставы кистей Суставы стоп Локтевые Плечевые Тазобедренные Коленные Голеностопные Лучезапястные (подчеркнуть)
11	Беспокоят ли Вас боли в мышцах?	Да Нет
12	Отмечаете ли вы повышение температуры тела вне зависимости от простудных заболеваний?	37°–38° 38°–39° 38°–40°
13	Беспокоят ли Вас высыпания на коже?	Да Нет

Окончание таблицы 1

14	Страдаете ли Вы повышенным артериальным давлением?	Да Нет
15	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да Нет
16	Беспокоит ли Вас сухость во рту?	Да Нет
17	Беспокоит ли Вас покраснение глаз, чувство рези в глазах?	Да Нет
18	Принимаете ли Вы на момент опроса какие-либо препараты (перечислите их)?	Да Нет
19	Подвергались ли Вы вибрации или другим механическим воздействиям, травмирующим кисти?	Да Нет
20	Связываете ли Вы изменения цвета кисти или стоп с определенными положениями?	Да Нет
Врач: феномен Рейно		ДА НЕТ

На основании результатов анкетирования выделены две группы пациентов: I группа ($n=105$) – с ФР, II ($n=125$) – без ФР. Средний возраст пациентов I группы составил $49,5 \pm 12,8$ года, II – $55,3 \pm 15,4$ года ($p > 0,05$). Все пациенты при включении в исследование имели достоверный диагноз РЗ (табл. 2).

Капилляроскопия была проведена 43 (40,9%) пациентам I группы (32 с ССД, 4 с СКВ, 3 с РА, 2 с СЗСТ, 1 с *Overlap*-синдромом, 1 с ДМ), данные которой подтверждают вторичный ФР при РЗ.

Проведение исследования было одобрено Комитетом по биомедицинской этике ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью

пакета программ *Statistica 10.0*, применялись методы описательной статистики, непараметрические методы. Различия и связь признаков считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.
Характеристика пациентов I группы (РЗ с ФР). Данная группа представлена 85 (81 %) женщинами и 20 (19 %) мужчинами.

Необычная чувствительность пальцев к холоду была у 97 (92,3%) пациентов с ФР при РЗ. Двухфазные изменения цвета (побеление-посинение; побеление-покраснение; посинение-покраснение) отмечались у 32 (30,4%) пациентов, трехфазные изменения – у 33 (31,4%) (табл. 3). Изменения цвета наблюдались одновременно на кистях и стопах у 43 (40,9%) пациентов.

Таблица 2. Нозологическая характеристика пациентов

Диагноз	I группа пациентов с феноменом Рейно ($n=105$)	II группа пациентов без феномена Рейно ($n=125$)	Межгрупповая p^*
Системная склеродермия	58 (55,2%)	1 (0,8%)	$<0,001$
Системная красная волчанка	18 (17,1%)	10 (8%)	$<0,05$
Остеоартрит	0 (0,0%)	44 (35,2%)	$<0,001$
Ревматоидный артрит	7 (6,6%)	22 (17,6%)	$<0,05$
Системные васкулиты	11 (10,7%)	43 (34,4%)	$<0,001$
Дерматомиозит	4 (3,8%)	1 (0,8%)	$>0,05$
Перекрестный синдром	4 (4,1%)	0 (0,0%)	$>0,05$
Смешанное заболевание соединительной ткани	2 (1,9%)	2 (1,6%)	$>0,05$
Болезнь Шегрена	1 (0,9%)	2 (1,6%)	$>0,05$

Примечание: * – по критерию χ^2 Пирсона

Таблица 3. Сравнительная характеристика изменения цвета пальцев под воздействием холода при ФР у пациентов с различными РЗ

РЗ/Изменение цвета пальцев	ССД, $n=58$	СКВ, $n=18$	ДМ, $n=4$	Перекрестный синдром ($n=4$)	Смешанное ЗСТ, $n=2$	БШ, $n=1$	РА, $n=7$	Васкулиты, $n=11$	Межгрупповая p^*
Побеление	6"	2	1	0	0	0	2	1	$>0,05$
Посинение	5	6#	0	1	0	0	2	1	$>0,05$
Покраснение	0	2	1	0##	0##	1##	3##	6##^	$>0,05$
Двухфазные	24"	3	1	2	1	0	0	2	$>0,05$
Трехфазные	23"	5	1	1	1	0	0	1	$>0,05$

Примечание: РЗ – ревматические заболевания, ССД – системная склеродермия, СКВ – системная красная волчанка, ДМ – дерматомиозит, смешанное ЗСТ – смешанное заболевание соединительной ткани, БШ – болезнь Шегрена, РА – ревматоидный артрит; * – по критерию χ^2 Пирсона; # – по критерию χ^2 Пирсона при сравнении различий между СКВ и ССД $p < 0,05$, ## – по критерию χ^2 Пирсона при сравнении различий между ССД и перекрестным синдромом, смешанным ЗСТ, БШ, РА, васкулитами $p < 0,001$; ^ – по критерию χ^2 Пирсона при сравнении различий между СКВ и васкулитами $p < 0,05$; " – по критерию χ^2 Пирсона при сравнении внутригрупповых различий при ССД $p < 0,05$

Положительный ответ на вопросы, характеризующие ФР, был получен у 88 (83,8%) человек. Изменение цвета пальцев сопровождалось у 46 пациентов (43,8%) болью и у 65 (61,9%) – онемением. Дигитальные язвы наблюдались у 13 (12,3%) пациентов, трещинки в области пальцев – у 23 (21,9%), дигитальные рубчики – у 15 (14,2%).

Артериальная гипертония в анамнезе была у 51 (48,5%) пациента. Острый инфаркт миокарда перенесли 3 (2,8%) пациента, из них двое страдали ССД, один – СКВ.

Вибрацию или другое механическое воздействие, травмирующее кисть, отметили 4 (3,8%) пациента, из них 2 были с ССД, 1 – с СКВ, 1 – с васкулитом. Цвет кистей изменялся в зависимости от положения руки (подъем вверх) у 17 (16,1%) опрошенных, преимущественно у пациентов с ССД (у 7 человек отмечалось побеление или покраснение) и СКВ (6 человек – побеление или посинение).

Характеристика пациентов II группы (РЗ без ФР). Данная группа представлена 97 (77,6%) женщинами и 28 (22,4%) мужчинами.

Необычная чувствительность пальцев к холоду была у 56 (44,8%; $p_{I-II} < 0,001$) опрошенных. Двухфазные изменения цвета (побеление-посинение, побеление-покраснение, посинение-покраснение) отмечались у 5 (4%; $p_{I-II} < 0,001$) человек, трехфазные изменения – у 1 (0,8%; $p_{I-II} = 0,026$). Положительный ответ на вопросы, характеризующие ФР, был получен у 36 (28,8%; $p_{I-II} < 0,001$) человек.

Артериальная гипертония в анамнезе была у 89 (71,2%; $p_{I-II} = 0,003$) пациентов. Острый инфаркт миокарда перенесли 5 (4,0%) пациентов, из них четверо пациентов были с остеоартритом (ОА), один – с РА.

Вибрацию или другое механическое воздействие, травмирующее кисть, отметили 13 (10,4%; $p_{I-II} > 0,05$) пациентов, при этом у данных пациентов не было жалоб на изменение цвета пальцев. Цвет кистей изменялся в зависимости от положения руки у 11 (8,8%; $p_{I-II} > 0,05$) опрошенных, из них 9 человек были с ОА, РА, БШ, которые отмечали побеление, другие 2 были с болезнью Бехчета и отмечали покраснение.

Пациенты с ФР были сопоставимы по возрасту и полу с группой пациентов без ФР ($p > 0,05$). Однако, более 50% опрошенных с ФР были в возрасте от 40 до 59 лет, без ФР – в возрасте от 50 до 69 лет. Преобладание более старшего возраста в группе без ФР объясняется высокой распространенностью и обращаемостью паци-

ентов по поводу ОА (35,2%) и РА (17,6%). В нашей работе ФР при РЗ встречался в 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. В группе ФР преимущественно были пациенты с ССД (55,2%) и СКВ (17,1%), что соответствует литературным данным по встречаемости ФР при РЗ [1, 2, 10].

По данным литературы, трехфазные изменения окраски кожи отмечаются только у 15% пациентов с ФР, в 85% случаев встречается двух- или однофазный ФР [1]. По нашим данным, трехфазные изменения были у 31,4% пациентов с ФР, двух- и однофазные – у 68,6%.

В связи с высокой частотой выявления побеления пальцев на холоде во II группе, пациентам с СКВ показано проведение капилляроскопии для исключения вторичного ФР. Пациент с васкулитом Шейнлейна-Геноха без ФР, отмечавший трехфазное изменение цвета на холод, имел в анамнезе сопутствующую хроническую обструктивную болезнь легких.

По данным *H. R. Maricq* и соавт., у здоровых людей отмечалась необычная чувствительность пальцев кистей к холоду в 12% случаев (из 7000 опрошенных) [2, 10]. В нашем опросе пациентов II группы необычная чувствительность пальцев на холод (без изменения цвета) отмечена у 16%. Пациентам, у которых был получен положительный ответ на 3 вопроса, была рекомендована капилляроскопия для исключения вторичного ФР.

В I группе ФР сопровождался болью и онемением у половины пациентов. Дигитальные язвы и рубчики наблюдались в 1/8 случаев всех трофических нарушений. Этим пациентам показана терапия вазодилататорами с целью заживления язв и для уменьшения выраженности и частоты атак ФР [5].

Сопутствующая сосудистая патология чаще наблюдалась во II группе. Большинство пациентов принимали β -блокаторы, провоцирующие и усиливающие клинические проявления возможного ФР [3].

Выводы: 1. Опрос пациентов по оригинальной анкете обеспечивает возможность ранней диагностики феномена Рейно при РЗ.

2. Для феномена Рейно при РЗ характерно одновременное наличие у пациентов необычной чувствительности пальцев к холоду и изменений цвета пальцев под воздействием холода.

3. Феномен Рейно при аутоиммунных ревматических заболеваниях наиболее часто ассоциируется с системной склеродермией (55,2%), системной красной волчанкой (17,1%), системными васкулитами (10,7%), ревматоидным артритом (6,6%).

Список литературы:

1. **Алекперов, Р.Т.** Синдром Рейно как мультидисциплинарная проблема / Р.Т. Алекперов // Альманах клинической медицины. – 2014. – Т. 35. – С. 94–100.
2. **Алекперов, Р.Т.** Синдром Рейно в практике ревматолога / Р.Т. Алекперов // Современная ревматология. – 2014. – № 2. – С. 48–57.
3. Методический прием своевременной диагностики феномена Рейно у пациентов с ревматическими заболеваниями: рационализаторское предложение № 08.18 / З.Р. Багаутдинова, И.Р. Гайсин. – Зарегистрировано в реестре Банка интеллектуальной собственности и информационных ресурсов ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России 10.04.2018.
4. **Кобалава, Ж.Д.** Артериальная гипертензия. Ключ к диагностике и лечению / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 411 с.
5. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 150–151.
6. **Chojnowski, M.M.** Capillaroscopy – a role in modern rheumatology / M.M. Chojnowski, A. Felis-Giemza, M. Olesińska // Reumatologia. – 2016. – Vol. 54, № 2. – P. 67–72.
7. Clinical characteristics of primary, secondary and suspected secondary Raynaud's syndrome and diagnostic transition in the long-term follow-up. A retrospective study in 900 patients / H. Heidrich [et al.] // VASA. – 2008. – Vol. 37, Suppl. 73. – P. 3–25.
8. Diagnosis and management of Raynaud's phenomenon / B. Goundry [et al.] // BMJ. – 2012. – Vol. 344. – P. 289.
9. Late appearance and exacerbation of primary Raynaud's phenomenon attacks can predict future development of connective tissue disease: a retrospective chart review of 3035 patients / S. Pavlov-Dolijanovic [et al.] // Rheumatol. Int. – 2013. – Vol. 33. – P. 921–926.
10. **Linnemann, B.** Raynaud's phenomenon – assessment and differential diagnoses / B. Linnemann, M. Erbe // VASA. – 2015. – Vol. 44. – P. 166–177.
11. Prevalence of scleroderma spectrum disorders in the general population of South Carolina / H.R. Maricq [et al.] // Arthritis Rheum. – 1989. – Vol. 32, № 8. – P. 998–1006.
12. Raynaud's phenomenon: from molecular pathogenesis to therapy / M. Prete [et al.] // Autoimmun. Rev. – 2014. – Vol. 13. – P. 655–667.

УДК 616.155.194.18:616.155.294:616.61-008.64 [-053.2

Н. Н. Андреева¹, Н. И. Пенкина², Д. Н. Королева¹, Е. Н. Богатырева¹, Г. В. Поверин¹

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

Отделение детской гематологии и онкологии

Хирургическое отделение

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

Кафедра педиатрии и неонатологии

СИНДРОМ ФИШЕРА-ЭВАНСА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Андреева Наталья Николаевна – врач-гематолог; 426063, г. Ижевск, ул. Ленина, д.79; тел.: 8 (912)462-69-58, e-mail: nataliaizh@yandex.ru; **Пенкина Надежда Ильинична** – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; **Королева Дарья Николаевна** – врач детский онколог; **Богатырева Елена Николаевна** – заведующий отделением; **Поверин Геннадий Викторович** – заведующий хирургическим отделением

Приведен клинический пример редкого заболевания у ребенка – синдрома Фишера-Эванса, характеризующегося сочетанием иммунной тромбоцитопении и аутоиммунной гемолитической анемии. Представлены современные этапы диагностики этого заболевания. В статье приводится алгоритм лечения и неотложной помощи в связи с развившимся кризом.

Ключевые слова: синдром Фишера-Эванса; дети; диагностика; лечение

N. N. Andreeva¹, N. I. Penkina², D. N. Koroleva¹, E. N. Bogatyreva¹, G. V. Poverin¹

¹Republic Children Clinical Hospital, Izhevsk

Department of Pediatric Hematology and Oncology

Department of Surgery

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Pediatrics and Neonatology

FISHER-EVANS' SYNDROME: A CLINICAL CASE

Andreeva Natalya Nikolaevna – hematologist; 79 Lenin St., Izhevsk 426063; tel.: 8 (912) 462-69-58, e-mail: nataliaizh@yandex.ru; **Penkina Nadezhda Ilyinichna** – professor Doctor of Medical Sciences, professor; **Koroleva Darya Nikolaevna** – pediatric oncologist; **Bogatyreva Elena Nikolaevna** – head of the department; **Poverin Gennady Viktorovich** – head of the Department of Surgery

The article gives a clinical example of a rare disease in a child – Fischer-Evans' syndrome, which is characterized by a combination of immune thrombocytopenia and autoimmune hemolytic anemia. Modern stages of diagnostics of this disease are reflected. An algorithm of treatment and emergency help in the developed crisis is given in the article.

Key words: Fisher-Evans' syndrome; children; diagnostics; treatment

Синдром Фишера-Эванса (СФЭ) – редкое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется сочетанием иммунной тромбоцитопении (ИТП) и Кумбс-позитивной аутоиммунной ге-

молитической анемии (АИГА), которые могут развиваться одновременно или последовательно, а в некоторых случаях сочетаются с иммунной нейтропенией [1,5]. Заболевание впервые описал

Фишер (*J.A. Fisher*) в 1947 году и предположил иммунный генез анемии и тромбоцитопении. Эванс (*R.S. Evans*) и сотрудники в 1951 году более подробно описали клинику аутоиммунной гемолитической анемии, сочетающейся с аутоиммунной тромбоцитопенией. Выделяют симптоматическую и идиопатическую форму синдрома Фишера-Эванса. При идиопатической форме установить связь гемолиза и тромбоцитопении с каким-либо другим патологическим процессом не удастся. Симптоматическая форма наблюдается при различных заболеваниях: хроническом гепатите, системной красной волчанке, хроническом лимфолейкозе, лимфомах, ревматоидном артрите, туберкулезе и других. В редких случаях синдром является первым проявлением этих заболеваний. В основе патогенеза лежит повышенное разрушение эритроцитов и тромбоцитов вследствие фиксации на их поверхности белков – аутоантител. Антиэритроцитарные антитела чаще являются неполными тепловыми агглютинидами и принадлежат к иммуноглобулинам различных классов (G, реже – M или A). Они специфически связываются с антигенами системы резус, в некоторых случаях направлены против антигенов других систем. Специфичность антитромбоцитарного иммуноглобулина класса G не установлена, однако доказано, что его содержание на поверхности эритроцитов по сравнению с нормой увеличено. Разрушение эритроцитов и тромбоцитов осуществляется преимущественно в селезенке, иногда в печени и костном мозге. Синдром Фишера-Эванса относится к редким, орфанным заболеваниям. По современным данным, СФЭ диагностируется у 0,8–3,7% всех пациентов с впервые выявленными иммунной тромбоцитопенией или аутоиммунной гемолитической анемией [2,3].

Цель исследования: провести анализ течения заболевания и методов неотложной терапии у ребенка с синдромом Фишера-Эванса.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ медицинской карты амбулаторного пациента, медицинских карт стационарного больного отделения детской гематологии и онкологии БУЗ УР «Республиканской детской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска, истории болезни пациентов, проходивших лечение в ФГБУ «Российская детская клиническая больница» МЗ РФ г. Москвы.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинический пример. Пациент Б., 8 лет. Ребе-

нок от 5-й беременности, протекавшей на фоне хронического гепатита С, анемии. Роды IV, срочные. Вес при рождении – 3250 г, рост – 51 см. В нервно-психическом развитии ребенок соответствовал возрасту. Наследственность по гематологическим заболеваниям неотягощена. Развитие заболевания. Ребенок заболел остро 17.05.14 года. Появились слабость, бледность, субиктеричность кожи и склер, повысилась температура тела до 39° С, увеличились печень (+3 см ниже края реберной дуги) и селезенка (+3 см). Госпитализирован в гематологическое отделение Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) г. Ижевска 18.05.2014 г. В анализе крови при поступлении выявлены анемия III степени (Hb – 43 г/л, эритроциты – $1,42 \times 10^{12}/л$), тромбоцитопения (162 тыс/мкл), ретикулоцитоз (400‰), билирубинемия за счет непрямой фракции (64,0 мкмоль/л), положительная прямая проба Кумбса (+++). По УЗИ органов брюшной полости выявлены гепато- и спленомегалия. В гематологическом отделении проведена пульс-терапия метипредом 250 мг/сут в течение 5 дней, затем назначен преднизолон в дозе 2 мг/кг/сутки внутрь. С заместительной целью перелита эритроцитарная масса. На фоне проведенной терапии состояние с положительной динамикой: улучшилось самочувствие ребенка, повысились Hb (109 г/л) и эритроциты (3,19 млн/мкл), снизился билирубин (5 мкмоль/л). Вместе с тем отмечалось снижение тромбоцитов (149 тыс/мкл), сохранялись ретикулоцитоз (182‰) и положительная прямая проба Кумбса (+++). С ноября 2014 по февраль 2016 года проводилось постепенное снижение дозы преднизолона до 2,5 мг/сутки. На фоне снижения преднизолона Hb был в пределах нормы, тромбоциты на уровне 110–131–114 тыс/мкл., ретикулоциты – 10‰, прямая проба Кумбса (3+), сохранялись гепатоспленомегалия.

Для уточнения диагноза ребенок направлен на обследование в ФГБУ «Российская детская клиническая больница» МЗ РФ г. Москвы. В результате дополнительного обследования в феврале 2016 года диагностирован синдром Фишера-Эванса. Выявлены высокие титры антител к тромбоцитам – 260% (норма до 150%), гликокалицин – 55% (норма до 50%). Прямая проба Кумбса положительная, непрямая проба Кумбса положительная, тепловые агглютинины положительные, холодовые агглютинины отрицательные. Выявлены антиэритроцитарные анти-

антитела от 24.02.16 г. Исключены системные заболевания – антинуклеарные антитела (*ANA*, количественно) – отрицательные, антитела к двухспиральной ДНК *IgG* (количественно) – отрицательные, антитела к фосфолипидам *IgG* и *IgM* – отрицательные, антитела к бета 2-гликопротеиду *IgG* в пределах нормы. Показатели иммунограммы также в пределах нормальных значений (*ASO* – 25,0 МЕ/мл, *IgA* – 95,4 мг/дл, *IgG* – 861 мг/дл и *IgM* – 146 мг/дл). Для исключения лимфопролиферативных синдромов (АЛПС, Х-ЛПС) проведено молекулярно-биологическое исследование периферической крови: *FAS*, *FASLG*, *CASP8*, *CASP10*, *BIRC4* (*XLP2*), *SH2D1A* (*XLP1*) – мутации не обнаружены, выявлены полиморфизмы в гене *XIAP* (*C/C*), в гене *CASP8* (*G/G*), *CASP10* (*G/A*, *T/A*). Иммунологическое исследование крови от 26.02.16 г. – лейкоциты: *FLAER*, *CD14*, *CD33*, *CD15*, *CD45*; эритроциты: *CD59*, *CD235* (*GlyA*). Клон пароксизмальной ночной гемоглобинурии (ПНГ) не выявлен. Диагностировано персистирующее течение ЦМВ, ВЭБ и *TOXO* инфекций. Учитывая длительный прием кортикостероидной терапии, сохранение положительных проб на иммунный гемолиз, с 29.02.16 назначена иммуносупрессивная терапия препаратом микофенолята мофетил (селлсепт) в дозе 25 мг/кг/сут, на фоне одновременной отмены преднизолона. Преднизолон отменен 03.03.16 г. Переносимость терапии микофенолятом мофетил удовлетворительная. В динамике гемоглобин сохранялся на уровне 101–115 г/л, тромбоциты – 102–152 тыс/мкл., лейкоциты – 3,1–5,5 тыс/мкл. В процессе терапии ребенку неоднократно проводились контрольные обследования в ФГБУ «Российская детская клиническая больница» МЗ РФ г. Москвы. Обследование, проведенное в этом лечебном учреждении, позволило утверждать, что данных за системные заболевания нет – иммуноглобулины, АСЛО в пределах нормы, увеличения Т-дубль-негативных лимфоцитов нет. В октябре 2016 г. выявлены антиэритроцитарные антитела к редким антигенам эритроцитов *Kpb*, *Lub*, *Xga*. В апреле 2017 г. проведен анализ крови на морфологию эритроцитов – данных за наследственную мембранопатию нет. Несмотря на длительную иммуносупрессивную терапию сохранялись признаки иммунного гемолиза (прямая проба Кумбса 3+), но непрямая проба Кумбса и тепловые антитела стали отрицательными – от 18.04.18 г.,

сохранялась гепатоспленомегалия. В феврале 2019 г. ребенка укусила беспризорная собака. По месту жительства получил противостолбнячный анатоксин, начата антирабическая вакцинация. С 08.03.2019 г. появилась слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, выявлена анемия тяжелой степени (*Hb* – 42 г/л). Ребенок экстренно госпитализирован в гематологическое отделение РДКБ г. Ижевска. При поступлении общее состояние тяжелое за счет анемического синдрома. Кожные покровы бледные, иктеричные, слизистые оболочки бледные. Живот при пальпации плотный за счет увеличения печени (+4 см) и селезенки (+5 см). В гематологическом отделении у ребенка гемоглобин снизился до 58 г/л, проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг. Вместе с тем динамика была отрицательной. На следующий день (11.03.2019 г.) гемоглобин снизился до 40 г/л. В лечение дополнен в/в иммуноглобулин («Гамунекс», в дозе 2 г/кг), продолжен прием метипреда внутрь. Положительной динамики не получено. На следующий день (12.03.2019 г.) гемоглобин снизился до 27 г/л. В этот же день (12.03.2019 г.) по жизненным показаниям начато переливание эритроцитарной массы обедненной лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ). На УЗИ от 12.03.2019 г. выраженная гепатоспленомегалия. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии, в связи с некупируемым гемолизом, по жизненным показаниям проведена спленэктомия в отделении детской хирургии. После спленэктомии гемоглобин удерживает выше 100 г/л, ретикулоциты снизились до 30%. Клинически сохраняется гепатомегалия.

Вывод. Это первый случай СФЭ в детском возрасте в Удмуртской Республике, иллюстрирует необходимость настороженности в отношении развития СФЭ у пациентов с изолированной АИГА или ИТП. Цитопении при СФЭ могут быть резистентны к проводимой иммуносупрессивной терапии и спленэктомии. Необходимы дальнейшее изучение этиологии и патогенеза развития СФЭ, наблюдение за пациентами, выявление прогностических факторов тяжести заболевания и оптимальной стратегии терапии [3,4].

Список литературы:

1. Румянцев, А.Г. Клинические рекомендации. Детская гематология / А.Г. Румянцев, А.А. Масчан, Е.В. Жуковской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 278–282.

2. Сунцова, Д. Д. Синдром Фишера–Эванса / Д. Д. Сунцова, Ж. А. Байдильдина, И. И. Кузьмина // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2018. – Том 17, № 1. – С. 75–86.

3. Юдина, Н. Б. Опыт лечения иммунной тромбоцитопении в отделении онкогематологии Воронежской области детской клинической больницы № 1 / Н. Б. Юдина,

М. В. Белянская, М. А. Соловьева // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2019. – Том 6, № 1. – С. 28–38.

4. Norton, A. Management of Evans syndrome / A. Norton, I. Roberts // Br J Haematol. – 2006 Jan. – 132 (2). – P. 25–37.

5. The spectrum of Evans syndrome in adults: new insight into the disease based on the analysis of 68 cases / A. Norton [et al.] // Blood. – 2009 Oct 8. – 114 (15). – P. 67–72.

УДК 616.155.294-071

Н. Г. Овчинина¹, Е. Н. Никитин²

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

¹Кафедра патологической физиологии и иммунологии

²Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Овчинина Наталья Геннадьевна — старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8 (919)909-85-66, e-mail: ntly.82@mail.ru; Никитин Евгений Николаевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

В статье представлен клинический случай эссенциальной тромбоцитемии, течение которой сопровождалось ранним развитием атеросклероза сосудов, артериальными и венозными тромбозами, а также осложнилось синдромом Мэллори-Вейса.

Ключевые слова: эссенциальная тромбоцитемия; атеросклероз; тромбоз; кровотечение; синдром Мэллори-Вейса

N. G. Ovchinina¹, E. N. Nikitin²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Pathological Physiology and Immunology

²Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

ESSENTIAL THROMBOCYTHEMIA: A CLINICAL CASE

Ovchinina Natalya Gennadyevna — Candidate of Medical Sciences, senior lecturer; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (919)909-85-66, e-mail: ntly.82@mail.ru; Nikitin Evgeniy Nikolaevich — Doctor of Medical Sciences, professor

A clinical case of essential thrombocythemia accompanied by early symptoms of atherosclerosis, arterial and venous thrombosis and complicated by Mallory-Weiss syndrome is demonstrated in this article.

Key words: essential thrombocythemia; atherosclerosis; thrombosis; bleeding; Mallory-Weiss syndrome

Эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ) — классическое миелопролиферативное заболевание, основу которого составляет клональное нарушение на уровне стволовой кроветворной клетки, проявляющееся выраженной мегакариоцитарной гиперплазией в костном мозге и гипертромбоцитозом периферической крови ($>450 \times 10^9/\text{л}$). Эти изменения, в свою очередь, обуславливают характерные клинические проявления ЭТ в виде артериальных и венозных тромботических осложнений. Однако при значительном повышении уровня тромбоцитов в периферической крови (более $1500 \times 10^9/\text{л}$) возникает тромбоцитарный парадокс, характеризующийся возрастанием риска геморрагического синдрома [1,3,7]. Тем не менее в последних публикациях сообщается, что гипертромбоцитоз может не приводить к повышению тромбогенности крови, но с развитием осложнений связаны другие факторы, например мутация гена *JAK2V617F* ассоцииро-

вана с увеличением риска и частоты тромбозов, в то же время мутации гена *CALR* увеличивают частоту кровотечений [2,6].

Цель исследования: выявление и описание факторов, которые могли повлиять на развитие тромботических и геморрагического событий у конкретного пациента.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое наблюдение и изучены данные карты стационарного больного пациента К. на базе гематологического отделения Первой Республиканской клинической больницы г. Ижевска.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациент К., 45 лет, впервые в июле 2013 г. был направлен к гематологу по поводу значительного повышения уровня тромбоцитов в крови ($2183 \times 10^9/\text{л}$) (рис.). Спустя 4 мес. в полном анализе крови: тромбоциты — $1222 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4,84 \times 10^9/\text{л}$, *Hb* — 80 г/л, лейкоциты — $13,7 \times 10^9/\text{л}$, п — 1 %, с/я — 56 %, л — 29 %, б — 3 %, э — 3 %, м — 8 %.

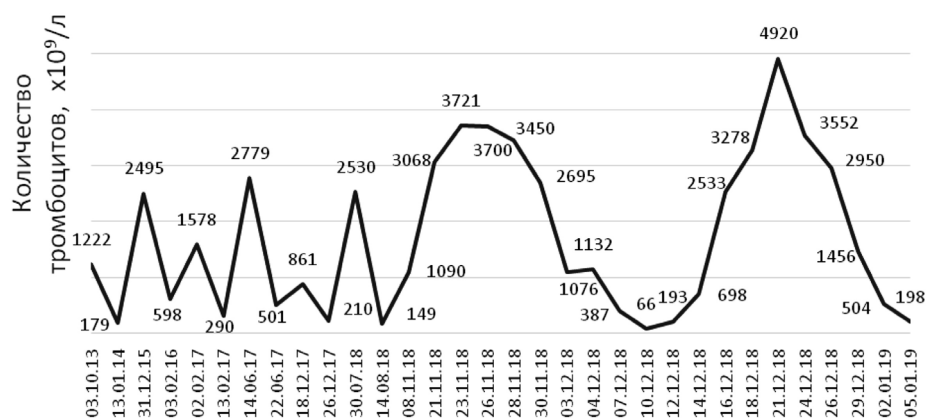


Рис. Динамика количества тромбоцитов пациента К. за время наблюдения

По данным трепанобиопсии все ростки гемопоэза гиперплазированы, увеличено количество мегакариоцитов, которые образуют кластеры по 3–4 клетки и имеют признаки дисплазии. По результатам исследования клеток крови с помощью полимеразной цепной реакции выявлена мутация гена *JAK2* (*V617F*), мутации гена *BCR-ABL* не обнаружены. Были исключены причины вторичного тромбоцитоза (реактивное состояние на фоне кровопотери, инфекционные заболевания, другие опухоли и аутоиммунные болезни). На основании соответствия данных обследования общепринятым диагностическим критериям [3,4] был выставлен диагноз ЭТ.

Данные неврологического и психиатрического обследований свидетельствовали о последствиях перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) (в 2010, 2011, 2013 гг.) в форме энцефалопатии 3 степени, легкого псевдобульбарного синдрома, постишемических изменений левого полушария, атрофических изменений головного мозга, органического расстройства личности и поведения (эмоционально-волевая неустойчивость (неоднократные суицидальные попытки), депрессивный синдром, когнитивные нарушения). С 2013 по 2018 г. отмечается отрицательная неврологическая динамика: повторные ОНМК с правосторонним гемисиндромом, умеренным правосторонним центральным гемипарезом, явлениями моторной дисфагии, вестибуло-мозжечкового синдрома.

При неоднократном дуплексном сканировании сосудов были обнаружены эхографические признаки двусторонней окклюзии поверхностных бедренных артерий, подколенной артерии и артерии голени слева, окклюзии левой общей сонной артерии. При ультразвуковом исследовании вен обнаружены признаки тромбоза правой

подключичной вены. Данные эхокардиографии свидетельствуют о диастолической дисфункции левого желудочка, атеросклерозе аорты. Пациент К. наблюдался у ангиохирурга с диагнозом облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, синдром Лериша.

Кроме того, пациент К. длительно страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки, сопровождающейся частыми (1 раз в 1–2 года) обострениями с исходом в грубую рубцово-язвенную деформацию луковицы 12-перстной кишки; часто обостряющимся хроническим панкреатитом с длительно сохраняющейся гиперферментемией (амилаза крови: 1443–4136 ед/л (превышение референтных значений в 2–8 раз), липаза крови: 801–1258 ед/л (превышение референтных значений в 4–6 раз) и с образованием крупных и гигантских кист поджелудочной железы, массивными рубцовыми изменениями в перипанкреатической клетчатке, сальниковой сумке, воротах печени, что привело к деформации желчного пузыря и как следствие, частым обострениям хронического калькулезного холецистита; расширению воротной вены (возможно, и вследствие тромбообразования) и развитию отечно-асцитического синдрома, сдавлению извне и деформации желудка с повторяющимися обострениями эрозивного гастрита. Также у пациента К. был диагностирован хронический вирусный гепатит С с развитием гепатоцеллюлярной недостаточности I степени.

Необходимо подчеркнуть, что пациенту К. с 2013 года были назначены симптоматическое лечение и специфическая терапия ЭТ (реаферон, гидроксимочевина), однако он лечился нерегулярно, с чем, по-видимому, и связаны существенные колебания уровня тромбоцитов за время его наблюдения (см. рис.) и повторные тромбозы.

Последнее лечение пациента К. в гематологическом отделении (23.11.2018 г.) было вызвано его переводом из хирургического отделения, в которое он был госпитализирован 06.11.2018 г. бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на внезапно возникшую рвоту с кровью, усиление общей слабости. По данным гастродуоденоскопии, в нижней трети пищевода определялось 2 линейных надрыва слизистой до 4–5 мм под слоем гематина; слизистая желудка была бледно-розовой, также имела единичные острые эрозии до 1–2 мм; был диагностирован синдром Мэллори-Вейса. В полном анализе крови при поступлении: лейкоциты – $26,3 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $3,8 \times 10^9/\text{л}$, *Hb* – 79 г/л, тромбоциты – $1090 \times 10^9/\text{л}$. Крайне скудные данные коагулограммы в момент развившегося кровотечения и до начала гемостатической терапии, по которым достоверно судить о коагуляционном гемостазе трудно: АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) – 28 мин (22–32 мин), фибриноген – 5,5 г/л (1,8–4 г/л).

За время пребывания в хирургическом стационаре проведено успешное консервативное лечение состоявшегося кровотечения, однако специфической терапии по поводу ЭТ пациент К. не получал. Количество тромбоцитов в периферической крови продолжало нарастать (см. рис.) до начала эффекта специфического лечения в гематологическом отделении, достигнув максимального значения: $3700 \times 10^9/\text{л}$. Колебания количества тромбоцитов в период лечения связаны с подбором эффективной дозы гидроксимочевны и интерферона- α . Необходимо отметить, что в этот период пациент К. не получал антиагрегантной терапии, что было вызвано опасностью повторного желудочно-кишечного кровотечения.

Данный клинический пример характеризуется классическими проявлениями ЭТ – ранним развитием атеросклероза сосудов и тромботическими осложнениями артерий и вен. В патогенезе ЭТ важную роль играет хроническое воспаление, причинами которого является нарушенная регуляция синтеза цитокинов и ростовых факторов (например, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, сосудистого эндотелиального фактора роста, фактора роста фибробластов), что происходит вследствие патологической активации *JAK/STAT*-сигнального пути совместно с нарушением активности транскрипционного ядерного фактора *NF- κ B*. Кроме того, повышенная активность провоспалительных цитокинов

на фоне увеличения количества тромбоцитов и нарушения их функции (недостаточная агрегация, дефекты мембраны и др.) способствует повреждению эндотелия, что способствует прогрессированию атеросклероза [1,5].

Условия возникновения геморрагического события у пациента К., страдающего ЭТ, были следующими:

1. Существенная рубцовая деформация слизистой желудка и 12-перстной кишки, что способствовало развитию рефлюкс-эзофагита. Спаечный процесс в брюшной полости связан также с длительным, часто рецидивирующим хроническим воспалением тканей, в т.ч. вследствие ишемии и, возможно, вследствие развития микроинфарктов.

2. Несмотря на то, что нет подтверждающих данных коагулограммы, можно предположить формирование коагулопатии, вызванной гиперферментемией панкреатического генеза, и начинающейся гепатоцеллюлярной недостаточностью. Возможной причиной геморрагического состояния при тромбоцитозе могло быть расхождение фактора Виллебранда или его недостаточная продукция поврежденным эндотелием вследствие гипервязкости крови, адсорбция фактора Виллебранда на тромбоцитах, усиление деградации фактора Виллебранда, связанное с увеличением выброса тромбоцитарных ферментов, нарушение образования нерастворимых нитей фибрина вследствие механических дефектов большого числа тромбоцитов [5]. Также в сложившихся условиях не исключено нарушение образования тканевого активатора плазминогена с развитием первичного фибринолиза.

3. Пациент нерегулярно принимал антиагрегантные препараты и не проходил специфического лечения ЭТ для предотвращения гипертромбоцитоза вне стационарного лечения.

Несмотря на то, что во время кровотечения количество тромбоцитов не достигало критического уровня, вслед за которым начинает повышаться риск кровотечений, нет особых оснований предполагать, что геморрагии не предшествовало значительное повышение тромбоцитов, т.к. во время кровотечения их количество могло уменьшиться вследствие потребления.

Вывод. Таким образом, длительное, неадекватно контролируемое течение ЭТ сопровождается развитием тромбозов, что приводит к формированию полиорганной недостаточности. Риск геморрагического события зависит

не только от превышения критического уровня тромбоцитов при ЭТ, но и от состояния других систем организма, которые вносят вклад в регуляцию гемостаза.

Список литературы:

1. Гематология: национальное руководство / под ред. О. А. Рукавицына. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 784 с.
2. **Жернякова, А. А.** Факторы риска развития тромбоцитарных и геморрагических осложнений при эссенциальной тромбоцитемии / А. А. Жернякова, И. С. Мартынкевич, В. А. Шуваев // Онкогематология. – 2017. – Т. 12, № 2. – С. 30–38.
3. Клинические рекомендации по диагностике и терапии Ph-негативных миелопролиферативных заболеваний (исти-

нная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз) (ред. 2016 г.) / А. Л. Меликян [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2017. – Т. 62, № 1. – С. 25–60.

4. Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: руководство для практикующих врачей / А. И. Воробьев [и др.]. – М., 2009. – 688 с.

5. Современные представления о диагностике и лечении эссенциальной тромбоцитемии / К. М. Абдулкадыров [и др.] // Вестник гематологии. – 2014. – Т. 10, № 1. – С. 4–39.

6. Тромботические и геморрагические осложнения при эссенциальной тромбоцитемии / А. А. Жернякова [и др.] // Вестник гематологии. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 43–44.

7. **Чарная, М. А.** Тромбозы в клинической практике / М. А. Чарная, Ю. А. Морозов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 224 с.

УДК 614.253:316.485.6

Т. Ю. Помыткина

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

СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ

Помыткина Татьяна Юрьевна — заведующий кафедрой кандидат психологических наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8 (912)764-01-02, e-mail: lampa2703@mail.ru

В статье приводятся результаты исследования личностных особенностей конфликтных пациентов с целью разработки рекомендаций по взаимодействию в структуре «Врач-пациент» и профилактики конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: конфликт; пациент; стратегии поведения; медицина; урегулирование конфликтов; врач

T. Yu. Pomytkina

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

THE STRATEGY OF DOCTOR' BEHAVIOUR IN A CONFLICT SITUATION WITH A PATIENT

Pomytkina Tatyana Yuryevna — Candidate of Psychological Sciences, head of the department, 281 Kommunarov St., Izevsk 426034, tel.: 8-912-764-01-02, e-mail: lampa2703@mail.ru

The article discusses the results of a research into the personal characteristics of conflict patients with the aim of developing recommendations on interaction in the «doctor-patient» structure and the prevention of conflict situations in health care.

Key words: conflict; patient; behavior strategy; medicine; conflict resolution; doctor

Категория поведения в психологии еще в начале XX века привлекала внимание исследователей, когда бихевиористы объявили его предметом психологической науки и понимали под ним всю совокупность двигательных реакций организма на внешний стимул, ведущим признаком которого является активность.

Современное понимание поведения выходит далеко за рамки совокупности реакций организма на внешние стимулы и как минимум предполагает внешнюю (движения, действия, поступки) и внутреннюю (мотивы, интересы, саморегуляция) активность человека. Кульминацией развития бихевиориальных идей является социально-когнитивистское направление, наиболее ярко представленное в работах А. Бандуры и Дж. Роттера.

Уолтер Мишел в своих исследованиях пришел к выводу, что на поведение человека в большей мере влияют не личностные черты, а его когнитивная компетентность, привычные стратегии обработки информации, личные цели и другие факторы социального окружения. Следуя его выводам можно предположить, что поведение человека в конфликте больше определяется не его личностными чертами, а привычными, свойственными ему стилем, стратегией поведения [3].

Профессиональная деятельность врача, неразрывно связанная со взаимодействием с людьми, невозможна без возникновения конфликтов. Современные подходы к изучению стилей поведения в конфликте [1,2] определяют, что выбираемая человеком стратегия поведения в конфликте связана с индивидуальным опытом

личности, его привычными стратегиями, когнитивной активностью и другим. Поэтому врачу важно уметь выделять конфликтные стили поведения пациентов и противопоставлять им эффективную стратегию нейтрализации конфликтного взаимодействия.

Цель исследования: определение оптимальной стратегии поведения врача в зависимости от типичных личностных особенностей конфликтных пациентов.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы стили поведения 32 пациентов (12 женщин и 20 мужчин), проходивших амбулаторное и стационарное лечение и обратившихся с жалобой к администрации медицинского учреждения в связи с предоставляемыми медицинскими услугами по Стандартизированной методике исследования личности (СМИЛ) в интерпретации Л. Н. Собчик [4].

Для выявления психологических портретов, типов конфликтных пациентов проводился кластерный анализ. В результате выборка была разбита по возрасту на 2 группы: старше 43 лет ($N=13$) и моложе 43 лет ($N=19$). Аналогично выборка была проанализирована по критерию образования: среднее, среднее специальное, высшее. Достоверно классифицировать конфликтных пациентов по данному параметру не удалось, что подтверждает наше предположение о том, что на поведение в конфликте влияют личностные особенности человека, которые предопределяются социокультуральными факторами и больше связаны с полом человека и его окружением (общественными нормами, влияющими на процесс социализации и формирования личности), чем с формальными признаками имеющегося образования.

Личностные особенности конфликтных пациентов в зависимости от пола и возраста определяли непараметрическим статистическим критерием Манни-Уитни, предназначенным для выявления различий показателей в двух несвязных выборках, не проверявшихся на нормальность распределения.

Результаты исследования и их обсуждение. В проведенном нами исследовании личность конфликтного пациента была охарактеризована как личность с гипертимной акцентуацией характера. Такой пациент возмущен несоблюдением правил, длительным ожиданием, стремится отстоять нарушенные, с его точки зрения, права. Импульсивность толкает его предпринять какие-то действия по устранению возникших препятствий, но в целом оптимистичное настро-

ение позволяет быстро «отойти» от конфликта и вернуться к конструктивному поведению [2].

Были выявлены различия в личностных особенностях конфликтных пациентов разного пола.

Конфликтные пациенты-мужчины проявляют больше тревоги и индивидуалистичности с наличием психологического механизма отрицания проблем, стремления избавиться от тревоги путем нецеленаправленной активности, независимостью отстаивания своего мнения, с протестными реакциями при императивном давлении. Могут подчеркивать альтруистические тенденции при соблюдении собственных интересов, что и может выступать детерминантой конфликта в диаде «Врач-пациент». В то время как конфликтная женщина-пациент отличается большей мнительностью, пессимистичностью и эмоциональной лабильностью, возможно даже истеричностью. В жизненно важных ситуациях мотивация обусловлена эгоистическими потребностями, желанием удовлетворить свою потребность во внимании и поддержке.

Также были выявлены различия в личностно-поведенческих характеристиках конфликтных пациентов разного возраста.

Пациенты моложе 43 лет характеризуются повышенной импульсивностью, активностью, порою доходящей до легкомысленности, но в стрессе данный тип личности проявляет нецеленаправленную активность, поведение мотивировано внутренней убежденностью и собственным видением проблемы, стремлением переложить вину за неудачи на окружающих и защитным механизмом будет вытеснение психологических проблем и отреагирование вовне, что и проявляется в конфликтном поведении.

Пациенты старше 43 лет более упрямые, последовательны, стремятся к порядку, остро реагируют на его несоблюдение, со стремлением «вывести на чистую воду» тех, кто неправ или непорядочен. Такие пациенты наиболее остро реагируют на изменившиеся стандарты оказания медицинской помощи, что «раньше так не делали», а значит сейчас это все неправильно, что и порождает конфликты в диаде «Врач-пациент».

Выявленные различия в личностных особенностях конфликтных пациентов разного пола и возраста позволяют нам определить их разную мотивацию и стратегию поведения в конфликте и предложить стратегию нейтрализации конфликтного взаимодействия со стороны врача.

В любой ситуации наиболее оптимальная стратегия поведения врача с конфликтным па-

циентом: выслушать не перебивая, предоставить возможность выговориться, согласиться с наличием проблемы и предложить возможности для ее решения. На данном этапе наибольшее терапевтическое и нейтрализующее действие окажут психотехнические приемы активного слушания и фасилитации общения.

В стратегии взаимодействия врача в конфликте с мужчиной-пациентом важно подчеркнуть значимость заявляемых им претензий, обнадежить вариантами их решения. Важно продемонстрировать готовность сотрудничать, решать проблемы пациента. При конфликте с женщиной-пациентом стратегия врача должна быть направлена на снижение уровня эмоциональной напряженности, предоставление возможности ее решения неконфликтным путем. В данном случае от врача требуется владение техниками регуляции эмоционального напряжения, демонстрации поддержки и внимания к проблемам пациента.

Вывод. Выявленные нами личностные особенности конфликтных пациентов позволяют

врачу быстрее ориентироваться в ситуации конфликтного взаимодействия с пациентом и выбрать наиболее оптимальную стратегию взаимодействия в зависимости от пола и возраста конфликтного пациента.

Список литературы:

1. **Леонов, Н.И.** Индивидуальный стиль поведения в конфликтной ситуации: автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Н.И. Леонов. – Пермь, 1996. – 21 с.
2. **Попова, Е.Г.** Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях: причины, условия и социальные последствия: дисс. канд. мед. наук / Е.Г. Попова. – Волгоград, 2005. – С. 136.
3. **Росс, Л.** Человек и ситуация. Уроки социальной психологии / Л. Росс, Р. Нисбет; пер. с англ. В.В. Румынского; под ред. Е.Н. Емельянова, В.С. Мигунова. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 429 с.
4. **Собчик, Л.Н.** Психодиагностика в медицине / Л.Н. Собчик. – М., 2007. – 415 с.
5. **Литвинцева, А.Е.** Стратегии поведения в конфликтных ситуациях людей зрелого возраста / А.Е. Литвинцева // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 11. – С. 2471–2475. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/86524.htm>.

УДК 616.155.392.8-06:616.9-06

Т. Л. Рединова, В. Н. Тимофеева, Н. Р. Дмитрикова, О. А. Злобина

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

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ: ЧАСТОТА, ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИММУННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Рединова Татьяна Львовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 42-54-88, e-mail - tatiana.redinova@yandex.ru; **Тимофеева Валентина Николаевна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Дмитрикова Наталия Рашидовна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; **Злобина Ольга Александровна** — ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Изучена частота встречаемости рецидивирующего афтозного стоматита у жителей Удмуртской Республики, установлен характер иммунных расстройств при данной патологии и степень зависимости заболевания от инфекционно-аллергического фактора.

Ключевые слова: рецидивирующий афтозный стоматит; частота; фоновые заболевания; иммунограмма

T. L. Redinova, V. N. Timofeeva, N. R. Dmitrakova, O. A. Zlobina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Restorative Dentistry

RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS: INCIDENCE, BACKGROUND DISEASES, IMMUNE DISORDERS

Redinova Tatiana Lvovna — head of the department Doctor of Medical Sciences, Professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru; **Timofeeva Valentina Nikolaevna** — Candidate of Medical Sciences, lecturer; **Dmitrakova Nataliya Rashidovna** — Candidate of Medical Sciences, lecturer; **Zlobina Olga Alexandrovna** — Candidate of Medical Sciences, lecturer

The incidence of recurrent aphthous stomatitis in the population of the Udmurt Republic was studied, the nature of immune disorders in this pathology and the degree of dependence of the disease on the infectious-allergic factor were established.

Key words: recurrent aphthous stomatitis; frequency; background diseases; immunogram

Эпидемиологические исследования зарубежных авторов по рецидивирующему афтозному стоматиту (РАС) показали, что РАС встречается в Италии у 25 % взрослого населения [11], а его

распространенность среди заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) в Америке достигает 50 % [9]. По данным А.И. Рыбакова и Г.В. Банченко (1978), в России среди заболе-

ваний слизистой оболочки полости рта хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), или РАС выявлен в 5 % случаев. В Удмуртской Республике за последние 15 лет частота встречаемости РАС среди других заболеваний СОПР колебалась от 3,9 % до 6,5 % [5].

В течении заболевания на сегодняшний день выделяют две клинические формы [3] – лёгкую и тяжёлую (глубокие рубцующие язвы). Лёгкая форма проявляется единичными афтами в полости рта, рецидивы могут возникать до 3–6 раз в год, заживление элементов поражения укладывается в срок от 7 до 14 дней. При тяжёлой форме заболевания афтозные элементы поражения переходят в язвы, которые длительно не заживают, могут сопровождаться лимфаденитом и подъёмом температуры, рецидивы учащаются, приобретая перманентный характер.

Считается, что в этиологии РАС значительную роль играют инфекционно-аллергические причины, но не исключаются наследственные и конституциональные факторы [1,9]. По данным Л.Н. Максимовской и В.Н. Царёва (1995), почти в 100 % случаев у пациентов с РАС выявляются очаги хронической инфекции ЛОР-органов. Д.М. Сулейменова с соавт. (2014) в 66,7 % случаев выявили тесную связь РАС с хроническими заболеваниями органов пищеварительной системы.

Установлено [2], что при РАС в анализе крови в 24 % случаев отмечается лейкоцитоз, в 40 % – лейкопения, у 69 % пациентов увеличивается количество лимфоцитов, а у 50 % – снижен уровень моноцитов. По данным О.Ф. Рабинович с соавт. (2010), отмечается снижение абсолютного числа *T*-лимфоцитов, *CD4*-лимфоцитов и фагоцитарной активности лейкоцитов, но увеличивается абсолютное число *T*-киллеров и *CD8*-лимфоцитов. Кроме того, в иммунограмме больных РАС снижается уровень иммуноглобулинов М; но увеличивается число В-лимфоцитов, а также уровень иммуноглобулина G и ЦИК.

Цель исследования: изучить частоту РАС на консультативном приеме, степень зависимости заболевания от инфекционно-аллергического фактора и характер иммунных расстройств при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Всего проанализировано 503 карты стационарного больного пациентов, обратившихся за консультативной помощью на кафедру терапевтичес-

кой стоматологии ИГМА за три последних года (2016–2018 гг). При анализе карт обращали внимание на анамнез, данные анкет здоровья и клинического осмотра полости рта. У 24 пациентов с заболеваниями СОПР и тканей пародонта (гингивит, пародонтит) оценивали иммунограммы по анализу крови, проведённому в ООО «Центр новых диагностических технологий. Медицинская лаборатория» г. Ижевска. Эти пациенты составили две группы по 12 человек в каждой: основная группа – пациенты с различными формами РАС и группа сравнения – пациенты с заболеваниями СОПР (КПЛ – красный плоский лишай) и тканей пародонта (пародонтит, гипертрофический гингивит), в генезе которых имеют значения иммунные расстройства. Для оценки степени иммунных расстройств использовали универсальную формулу, предложенную А.М. Земсковым с соавт. (2010).

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 503 пациентов с заболеваниями СОПР, обратившихся за консультативной помощью в течение последних 3 лет, у 15 человек диагностирован РАС (2,9 %). Из этого числа пациентов было 9 женщин (60,0 %) и 6 мужчин (40,0 %) в возрасте от 21 года до 66 лет. В 46,6 % случаев выявлена тяжёлая форма РАС, средний возраст этих пациентов составил 46,1 года, а в 53,4 % случаев определена лёгкая форма заболевания, возраст этих пациентов в среднем составил 39,6 года.

У всех обследованных анамнестическим путём и из данных анкеты здоровья выявлены соматические хронические заболевания, причем у 53,3 % имели место хронические заболевания органов пищеварительной системы, у 20 % – в анамнезе указаны частые инфекционные заболевания (до 3–4 раз в год) с проявлениями ОРЗ или герпетическими высыпаниями, у 13,3 % диагностирован гипотиреоз, у 1 пациента имело место хроническое заболевание почек, у 1 диагностирована розацея.

По результатам анализа иммунограмм у пациентов основной группы и группы сравнения выявили следующие изменения. Для пациентов обеих групп характерны как общие изменения, учитывая, что в группу сравнения вошли пациенты с заболеваниями иммунного генеза, так и различия. У части пациентов обеих групп отмечалось снижение лейкоцитов (в группе сравнения у 33,3 %, в основной группе – у 8,3 %);

снижение или увеличение эозинофилов, фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ) лейкоцитов, нитросинего тетразолия (НСТ) и индекса активности нейтрофилов (ИАН) лейкоцитов в базовых условиях, а также увеличение ЦИК (в группе сравнения у 25 %, в основной – у 75 %); увеличение CD16-лимфоцитов; снижение или увеличение CD20-лимфоцитов, соответственно: у 41,6 % и 58,3 %. Отличие в показателях иммунограмм между группами было только по двум показателям – по значению НСТ и ИАН лейкоцитов в стимулированных условиях, которые в группе сравнения имели как низкие, так и высокие значения по сравнению с нормативным диапазоном, в то время как в основной группе пациентов они не выходили за пределы нормы.

Вместе с тем при расчёте индекса иммунных расстройств в группе пациентов с РАС у 90 % обследованных выявлена иммунная недостаточность по CD3-лимфоцитам, в 50 % случаев по уровню IgA; в то же время обнаружена гиперфункция иммунной системы в 60 % случаев по CD8-лимфоцитам и в 30 % случаев – по уровню IgA.

Вывод. Таким образом установлено, что в Удмуртской Республике на сегодняшний день распространённость РАС среди заболеваний СОПР не превышает 2,9 %, в 50 % случаев – это тяжёлая форма заболевания, преимущественно болеют женщины, развитию данного заболевания способствует патология ЖКТ, герпетическая и респираторная инфекция. Как и при других заболеваниях с иммунным генезом у части пациентов с РАС в иммунограмме снижается показатель активности лейкоцитов (ФЧ), увеличивается значение ЦИК, снижается ИРИ, увели-

чивается число натуральных киллеров и почти в 50 % случаев возрастает абсолютное число цитотоксических лимфоцитов. При этом у 90 % пациентов отмечается иммунная недостаточность по уровню CD3-лимфоцитов.

Список литературы:

1. Земсков, А. М. Клиническая иммунология: учеб. пособие для студентов медицинских вузов; под ред. А. М. Земскова / А. М. Земсков, В. М. Земсков, А. В. Караулов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 320 с.
2. Клиника хронического рецидивирующего афтозного стоматита / Д. М. Сулейменова [и др.] // Наука и здравоохранение. – 2014. – № 6. – С. 87–89.
3. Клинические рекомендации (протокол лечения) при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / Е. А. Волков [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2014. – № 5. – С. 35–49.
4. Максимовская, Л. Н. Клинико-иммунологические особенности течения рецидивирующего афтозного стоматита / Л. Н. Максимовская, В. Н. Царев // Стоматология. – 1995. – № 1. – С. 16.
5. Рединова, Т. Л. Динамика заболеваемости слизистой оболочки полости рта населения Удмуртской Республики / Т. Л. Рединова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 4. – С. 22–24.
6. Рецидивирующий афтозный стоматит – этиология, патогенез / О. Ф. Рабинович [и др.] // Стоматология. – 2010. – № 1. – С. 71–74.
7. Рыбаков, А. И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А. И. Рыбаков, Г. В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – 232 с.
8. Современные аспекты патогенеза и комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита / Н. В. Булкина [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4 (часть 1). – С. 30–33.
9. Успенская, О. А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: автореф. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук. – Н. Новгород, 2015. – 24 с.
10. Chattopadhyay, A. Risk indicators for recurrent aphthous ulcers among adults in the US / A. Chattopadhyay, S. Chatterjee // Comm Dent Oral Epidemiol. – 2007. – 35. – 2. – P. 15.
11. Dolby, A. E. Recurrent Mikulicz's oral aphthae – their relationship to the menstrual cycle / A. E. Dolby // Br Dent J. – 1968. – 124. – P. 359–360.

УДК 616.155.392-06:616.9-06

Е. Н. Никитин¹, М. В. Кузьев², Е. М. Грязева¹, К. Л. Ходырев¹

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

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

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПРОМИЕЛОЦИТАРНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Никитин Евгений Николаевич – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 526201, e-mail: rector@igma.udm.ru; Кузьев Михаил Валерьевич – заведующий отделением, врач-бактериолог высшей квалификационной категории; Грязева Елизавета Михайловна – студент; Ходырев Кирилл Леонидович – студент

В статье рассмотрены инфекционные осложнения у пациентов, возникающие в период индукционной терапии острого промиелоцитарного лейкоза и проблемы антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Ключевые слова: острый промиелоцитарный лейкоз; инфекционные осложнения; антибиотикорезистентность; В-лактамазы расширенного спектра

E. N. Nikitin¹, M. V. Kuzyaev², E. M. Gryazeva¹, K. L. Khodyrev¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

INFECTIOUS COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PROMYELOCYTIC LEUKEMIA

Nikitin Evgeniy Nikolaevich — Doctor of Medical Sciences, professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 526201, e-mail: rector@igma.udm.ru; Kuzyaev Mikhail Valerievich — head of the department, physician-bacteriologist of the highest qualification category; Gryazeva Elizaveta Mikhailovna — student; Khodyrev Kirill Leonidovich — student

The article deals with infectious complications that occur during the induction therapy of acute promyelocytic leukemia and the problems of antibiotic resistance of microorganisms.

Key words: acute promyelocytic leukemia; infectious complications; antibiotic resistance; extended-spectrum beta-lactamase

Острые промиелоцитарные лейкозы (ОПЛ) относят к острым миелоидным лейкозам. В их основе лежит реципрокная транслокация (15;17) (*q22;q12–21*) в опухолевых промиелоцитах, вследствие чего ген промиелоцитарного лейкоза (*PML*-ген), расположенный на 15 хромосоме, переносится на длинное плечо 17 хромосомы в область, где находится ген альфа-рецептора ретиноевой кислоты (*RARα*). В результате *t* (15;17) появляется два сливных аномальных гена: *PML/RARα* на деривате (*der*) 15 хромосомы и *RARα/PML* на *der* 17 хромосомы [1]. Новейшие методы программного лечения ОПЛ позволяют достичь высоких показателей выживаемости пациентов. Однако остро стоит проблема возникновения тяжелых инфекционных осложнений, нередко приводящих к летальным исходам. Частота инфекционных осложнений при цитостатической терапии гемобластозов составляет от 80% и более [1,2,3].

Цель исследования: изучить характер инфекционных осложнений индукционной терапии у пациентов с острым промиелоцитарным лейкозом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 22 клинических случая ОПЛ в гематологическом отделении БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска. Среди пациентов женщин было 19, мужчин – 3, в возрасте от 22 до 66 (41,70±2,86) лет. Пациенты условно разделены на две группы: первая – 8 человек в возрасте 24–65 (38,40±4,80) лет с гиперлейкоцитозом (11,30–120,00×10⁹/л; 57,23±2,24×10⁹/л) в крови, вторая – 14 человек в возрасте 22–66 (46,90±4,16) лет с нормальным и низким числом лейкоцитов (1,45±0,30×10⁹/л). Диагностику и лечение пациентов с ОПЛ осуществляли согласно национальным клиническим рекомендациям [1, 6]. Диагноз ОПЛ выставлен на основании стандартных морфологических

(бластных клеток в костном мозге более 20% с высокой экспрессией миелопероксидазы и липидов), цитогенетических (обнаружение специфичной для ОПЛ хромосомной аберрации *t* (15;17)) и/или молекулярно-генетических (выявление транскрипта *PML/RARα* методом ПЦР) критериев. Пациенты получали 1–2 курса стандартной индукционной химиотерапии (ХТ) по схеме «7+3» в сочетании с *ATRA* (цитарабин – 100 мг/м² в/в 2 раза в сутки, 7 дней, даунорубин – 60 мг/м² в/в 1 раз в день, 3 дня, *ATRA* – 45 мг/м² внутрь ежедневно). Ремиссии после 1-го курса ХТ получены у 16 (72,70%) пациентов. Летальных исходов было 6 (27,30%), по 3 случая в 1 и 2 группах соответственно, 37,50% и 21,40%, *p*<0,05. Длительность миелотоксического агранулоцитоза составила 3–27 (16,20±1,54) дней.

Для выявления возбудителей инфекций проведен бактериологический анализ 312 биологических проб крови, мочи, мазков из зева, мокроты, кала. Посевы крови выполнялись в течение 5 суток на обогащенных средах, в частности *BacT/AleRTFAPlus*, предназначенных для аппаратного анализа. Посевы мокроты, мочи и отделяемого из глотки были произведены на 5% кровяной агар (КА), агар Эндо, агар Маккони, желточно-солевой агар (ЖСА), среду Сабуро. Результаты получали на КА, агарах Маккони и Эндо в течение 1 дня; на ЖСА в течение 2 суток; на среде Сабуро – от 2 до 5 суток с ежедневным просмотром. Посевы кала производили на агаре Плоскирева, агаре Эндо, ЖСА с получением результатов в течение 1 суток. Статистическая обработка данных осуществлена по программе *MSExcel* 2010.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота и структура инфекционных осложнений в группах обследованных пациентов достоверно не отличались и в целом выглядели

следующим образом: инфекция мочевыводящих путей – у 14 (63,60%), мукозит – у 12 (54,60%), пневмония – у 6 (27,30%), септицемия – у 5 (22,70%), фебрильная нейтропения – у 2 (9,10%), гайморит, ринофарингит – у 2 (9,10%), острый ларингит – у 1 (4,50%), псевдомембранозный колит (токсины A и B *C.difficile*) – у 1 (4,50%). В двух (9,10%) случаях тяжело протекающие септицемия и пневмония с выраженной острой дыхательной недостаточностью, не чувствительные к комбинированной антибиотикотерапии и нуждавшиеся в ИВЛ, явились причиной смерти пациентов в отделении реанимации. Эти пациенты относились к группе ОПЛ с исходным гиперлейкоцитозом ($120,00 \times 10^9/\text{л}$ и $72,00 \times 10^9/\text{л}$). Пневмонии у пациентов возникали на фоне глубокого агранулоцитоза ($0,20-0,40 \times 10^9/\text{л}$). Диагностика их была затруднена, так как на фоне глубокой нейтропении в легких не формировался четкий воспалительный инфильтрат, дающий классическую физическую и рентгенологическую картину. Было характерным преобладание внелегочных проявлений пневмонии над легочными. Воспаление в легочной ткани начиналось с гипертермии, сопровождалось ознобом, потливостью, резкой общей слабостью, отсутствием аппетита. Наблюдались тахипноэ, тахикардия, сухой кашель. В легких в зоне поражения выслушивалось ослабленное дыхание. Возбудителями пневмонии была смешанная флора: *Enterococcus faecium* (*E. faecium*), *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*), *Pseudomonas aeruginosa* (*Ps. aeruginosa*), причиной септицемии явился *Staphylococcus lentus* (*St. lentus*), что согласовывалось с данными литературы. По данным С.Л. Wu et al. [6], наиболее частыми возбудителями пневмонии у пациентов, не ответивших на стартовую антибиотикотерапию и нуждающихся в ИВЛ, были *K. pneumoniae* и *Ps. aeruginosa*. *K. pneumoniae* являлась вторым по частоте возбудителем пневмонии среди пациентов отделения реанимации, причем такая пневмония сопровождалась достоверно более высокой летальностью по сравнению с пневмококковой [5].

Статистическая обработка 312 биологических проб, взятых у пациентов, выявила 122 положительные пробы, в том числе образцов с патогенными микроорганизмами – 53. Исходя из спектра микроорганизмов (табл.), 73,80% приходится на грамположительные палочки и 26,20% на грамотрицательные.

Таблица. Спектр микроорганизмов, выделенных у пациентов с острым промиелоцитарным лейкозом (n=122)

Микроорганизмы	Абс.	Отн., %
Грамотрицательные бактерии	32	26,20
Семейство <i>Enterobacteriaceae</i>	20	16,40
В том числе:	7	5,70
<i>Escherichia coli</i>	9	7,40
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	3,30
<i>Klebsiella spp.</i>		
Грамотрицательные неферментирующие бактерии	7	5,70
В том числе:	5	4,10
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	1,60
<i>Acinetobacter baumannii</i>		
Иные	5	4,10
Грамположительные бактерии	90	73,80
В том числе:		
Стафилококк коагулазонегативный	29	23,80
<i>Staphylococcus spp.</i>	8	6,60
<i>Enterococcus spp.</i>	7	5,70
<i>Streptococcus spp.</i>	8	6,60
Стрептококки группы <i>Viridans</i>	35	28,70
Иные	3	2,40

В крови выявлено 8 положительных проб у 5 (25,00%) пациентов, наиболее частыми возбудителями были *Acinetobacter baumannii* (*Acinetobacter baum.*) и *Ps. aeruginosa*. В мокроте – 4 положительных пробы (4 человека – 16,00%), в которых высевались в равной степени *E. faecium*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* (*St. aureus*). В моче – 12 положительных проб у 9 (45,00%) пациентов, частыми возбудителями явились *Escherichia coli* (*E. coli*) и *K. pneumoniae*. В 22 мазках из глотки у 15 (75,00%) человек наиболее часто высевались *K. pneumoniae*, *Klebsiella mobies* (*K. mobies*), *E. coli*. В 7 пробах кала у 4 (20,00%) пациентов выделялись стафилококки, токсины A и B *Clostridium difficile*, *Candida albicans*, *K. pneumoniae*.

Нами проведен анализ антибиотикорезистентности, в результатах которого обращал на себя внимание значительный рост устойчивости бактерий группы *Klebsiella* к защищенным пенициллинам с 43,48% до 93,75%, а также рост числа штаммов, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), от 48,99% до 92,19%. Увеличилась устойчивость к ципрофлоксацину от 37,35% до 69,01%, а резистентность к амикацину выросла от 22,45% до 68,75%. Значимой проблемой явилась антибиотикорезистентность микроорганизмов к антибиотикам, содержащим β-лактамно-ное кольцо в молекулярной формуле (рис.).

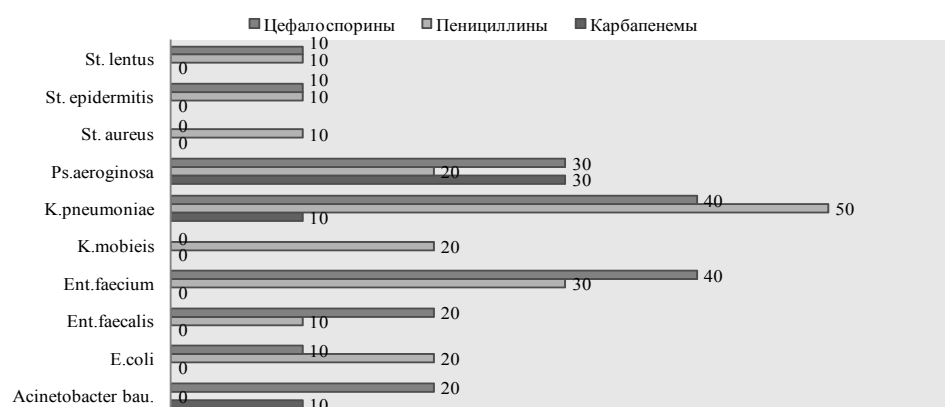


Рис. Спектр микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам, содержащим β-лактамно кольцо

К таковым относятся пенициллиновые антибиотики, цефалоспорины, карбапенемы. В нашем случае наблюдалась устойчивость *K. pneumoniae* к цефалотину и цефуроксиму, а *E. coli* – к цефуроксиму.

Остро стоит проблема резистентности к метициллину, так как данные группы микроорганизмов трудно поддаются эрадикации. Таковыми являются *St. lentus*, встречающийся в посевах крови, *E. fecalis*, выделенный из мазка глотки, и *E. faecium* из мокроты.

Выводы: 1. Частыми инфекционными осложнениями у пациентов с ОПЛ были инфекция мочевыводящих путей, мукозит, пневмония, фебрильная лихорадка.

2. Летальные исходы достоверно чаще наблюдаются у пациентов с ОПЛ с исходным гиперлейкоцитозом.

3. Среди микроорганизмов 73,8% приходится на грамположительные палочки (*P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *K. mobies*, *Acinetobacter baum.*, *E. coli*) и 26,2% – на грамотрицательные (*E. faecium*, *S. aureus*).

4. Наблюдается устойчивый рост числа штаммов микроорганизмов, резистентных к антибио-

тикам, в том числе, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острого промиелоцитарного лейкоза у взрослых / В.Г. Савченко [и др.]; Национальное гематологическое общество. – 2014.
2. Клясова, Г.А. Энтеробактерии с продукцией β-лактамаз расширенного спектра: источники инфицирования и значение колонизации слизистой оболочки кишечника у больных гемобластозами / Г.А. Клясова, А.Г. Коробова // Гематология и трансфузиология. – 2018. – Т. 63, № 2. – С. 116–123.
3. Особенности диагностики и лечения пневмонии у больных множественной миеломой / В.В. Войцеховский [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2013. – № 50. – С. 23–28.
4. Палковский, О.Л. Проблемы терапии нозокомиальной энтерококковой инфекции / О.Л. Палковский, Л.А. Алексеева, И.С. Шиманов // Проблемы здоровья и экологии. – 2015. – Т. 4 (46). – С. 4–8.
5. Paganin, F. Severe communityacquired pneumonia: assessment of microbial aetiologies as mortality factor / F. Paganin, F. Lilienthal, A. Bourdin // Eur. Respir. J. – 2004. – № 24. – P.779–785.
6. Wu, C.L. Etiology and cytokine expression in patients requiring mechanical ventilation due to severe community-acquired pneumonia / C. L. Wu, M. C. Chan, G. C. Chang // Med. Assoc. – 2006. – № 105. – С. 49–55.

УДК 616.36-007.6-06:616.1-06

Т. В. Савельева, Д. С. Вахрушев

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра врача общей врачебной практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФфуЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Савельева Татьяна Викторовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: +7 (3412) 661133, e-mail: tatsav2009@yandex.ru; Вахрушев Дмитрий Сергеевич — ординатор кафедры

В последние десятилетия увеличилось число пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП). Данные заболевания ведут к перестройке как внутрипеченочной, так и центральной гемодинамики, включающей изменения функции миокарда и внутрисердечной гемодинамики. В ответ на перегрузку развивается ремоделирование — динамический процесс изменения толщины миокарда, размера и формы камер сердца.

Ключевые слова: цирроз печени; хронический гепатит; ремоделирование сердца; эхокардиография

T. V. Savelyeva, D.S. Vakhrushev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of General Practice and Internal Diseases with a Course in Emergency Medical Care of the Faculty of Advanced Training for Doctors

CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

Savelyeva Tatiana Viktorovna – Candidate of Medical Sciences, associate professor, 52 Promyshlennaya St., Izhevsk 426063, tel.: +7 (3412) 661133, e-mail: tatsav2009@yandex.ru; Vakhrushev Dmitry Segeevich – resident

In recent decades, the number of patients with chronic diffuse liver diseases has increased. These diseases lead to restructuring both intrahepatic and central hemodynamics, which includes changes in myocardial function and intracardiac hemodynamics. In response to an overload, remodeling develops - a dynamic process of changing the thickness of the myocardium, the size and shape of the heart chambers.

Key words: liver cirrhosis, chronic hepatitis, cardiac remodeling, echocardiography

В последние десятилетия во всем мире отмечается значительный рост вирусных гепатитов с дальнейшим прогрессированием и развитием цирроза печени с портальной гипертензией и высоким риском смертельных осложнений [5,6]. Это связано с целым рядом причин, к которым относятся: прием лекарственных препаратов, увеличение числа алкогольных и вирусных поражений печени, неправильное или неполноценное питание.

Ангиоархитектоника печени уникальна. Она объединяет портальную, кавальную, артериальную и билиарную системы в единое целое. Любое воздействие на организм отражается в какой-либо степени на печеночной гемодинамике [1,2,7]. Нарушения последней могут влиять на состояние сердечно-сосудистой системы (ССС).

В настоящее время продолжают исследования по изучению центральной гемодинамики при хроническом диффузном заболевании печени (ХДЗП). В работах многих авторов показано, что в ответ на перегрузку изменяются структура и функции СССР, развивается ремоделирование сердца [3,4].

Цель исследования: изучить состояние центральной гемодинамики на основании данных эхокардиографии (ЭхоКГ) и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) у пациентов с хроническими гепатитами (ХГ) и циррозами печени (ЦП) вирусной и токсической этиологии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов с ХГ и ЦП (средний возраст составил $47,9 \pm 2,7$ года). Критерии включения: установленный диагноз ХГ или ЦП вирусной или токсической этиологии. Критерии исключения: наличие сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий, перенесенный инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)).

В 1 группу были включены 35 (58,3%) пациентов с ХГ, во 2 – 25 (41,7%) пациентов с ЦП. Сред-

ди пациентов с ХГ вирусная этиология гепатита (HBV и HCV) была установлена у 26 (74,3%) человек, токсическая – у 9 (25,7%). Среди пациентов с ЦП вирусная этиология заболевания имела место у 15 (60,0%), токсическая – у 10 (40,0%) пациентов. В 1 группе активность гепатита была слабовыраженной у 21 (60,0%), умеренной – у 12 (34,3%), высокой – у 2 (5,7%) пациентов. Во 2 группе распределение пациентов с ЦП в зависимости от класса Чайлд-Пью было следующим: класс А – 7 (28,0%), класс В – 11 (44,0%), класс С – 7 (28,0%) человек.

Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование крови с определением активности АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП; содержания общего белка, альбумина, холестерина, билирубина и его фракций, протромбинового индекса. Выполнялась эластометрия печени на аппарате *Aixplorer*. Оценка состояния СССР проводилась с помощью ЭхоКГ с определением объемных и скоростных показателей кровотока (на аппарате *VIVID-7*), ХМЭКГ с помощью системы «Миокард-холтер» (г. Саров).

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе состояния гепатобилиарной системы были определены лабораторно-биохимические синдромы цитолиза, холестаза, мезенхимального воспаления. Наиболее выраженные изменения имели место в группе пациентов с ХГ.

При оценке клинических проявлений поражения сердца было установлено наличие одышки у 30,0% пациентов 1 группы и у 56,4% пациентов 2 группы, боли в области сердца не отмечались ни в 1 ни во 2 группе. Клинические проявления нарушения ритма в виде сердцебиения, перебоев в работе сердца отмечал лишь 1 (3,0%) пациент с ХГ и 2 (8,0%) пациента с ЦП.

Согласно данным ЭхоКГ было выявлено расширение левого предсердия (ЛП) и левого желу-

дочка (ЛЖ) у всех пациентов с ЦП и ХГ токсической этиологии.

Анализ результатов ХМЭКГ показал наличие частых желудочковых и наджелудочковых экстрасистол у 21 (84,0%) пациента 1 группы и у 20 (57,0%) обследованных 2 группы.

У 9 (25,7%) пациентов с ХГ и у 6 (24,0%) с ЦП была определена диастолическая дисфункция по 1 типу.

У пациентов с ХГ и ЦП отмечалась достоверная разница по следующим показателям: фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), давление заклинивания легочной артерии (ДЗЛА), конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ), ЛП, максимальной частоты сердечных сокращений (макс. ЧСС) (табл.).

У пациентов с ЦП определялись более высокие показатели ФВ ЛЖ – $71,45 \pm 1,72\%$ против $66,75 \pm 3,2\%$ у пациентов с ХГ, что свидетельствует о гиперкинетическом характере кровообращения. Также имело место уменьшение макс. ЧСС по мере прогрессирования ХГ в ЦП: $134,37 \pm 4,13$ и $120,52 \pm 6,84$ соответственно. При ЦП было выявлено значимое увеличение объемных показателей левых отделов сердца – ЛЖ и ЛП. Так, КДО ЛЖ составил $124,93 \pm 8,23$ мл и $146,85 \pm 14,27$ мл при ХГ и ЦП соответственно. Размеры ЛП составили $36,57 \pm 0,7$ мм, $44,57 \pm 1,42$ мм и $40,42 \pm 1,10$ мм, $49,0 \pm 2,19$ мм при ХГ и ЦП соответственно. ДЗЛА также было выше у пациентов с ЦП $11,65 \pm 0,47$ мм рт.ст. по сравнению с $10,02 \pm 0,83$ мм рт.ст у пациентов с ХГ.

Был проведен анализ разницы средних величин внутри групп, т.е. при вирусной и токсической этиологии ХГ и ЦП. При ХГ вирусной и токсической этиологии КДО ЛЖ составил $113,82 \pm 3,5$ мл и $155,5 \pm 19,6$ мл соответственно (прирост составил $+36,6\%$, $p < 0,05$). Конечный систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ) при ХГ вирусной и токсической этиологии составил $36,55 \pm 2,2$ мл и $50,75 \pm 10,8$ мл соответственно (прирост $+38\%$, $p < 0,05$).

Таблица. Показатели ЭхоКГ и ХМЭКГ у пациентов с ХГ и ЦП

Диагноз	Средние значения и доверительный интервал показателей ЭхоКГ и ХМЭКГ				
	ФВ ЛЖ (%)	ДЗЛА (мм рт.ст)	КДО ЛЖ (мл)	ЛП (мм×мм)	Макс. ЧСС (уд. в мин.)
ХГ	$66,75 \pm 3,2$	$10,02 \pm 0,83$	$124,93 \pm 8,2$	$36,57 \pm 0,7$ $44,57 \pm 1,4$	$134,37 \pm 6,13$
ЦП	$71,45 \pm 1,7$	$11,65 \pm 0,47$	$146,86 \pm 14,2$	$40,43 \pm 1,1$ $49 \pm 2,1$	$120,53 \pm 6,8$

При ЦП вирусной и токсической этиологии наблюдалась достоверная разница по ФВ ЛЖ, она составила $73,8\% \pm 1,8\%$ и $69,5\% \pm 2,6\%$ соответственно (снижение на $5,9\%$).

Следует отметить, что и диастолическая дисфункция по 1 типу была более выражена у пациентов с ХГ и ЦП токсического генеза.

У пациентов с ХГ и ЦП вирусной этиологии определялась достоверная разница в величине циркадного индекса (ЦИ). Референсное значение ЦИ составляет $1,32 \pm 0,08$. У пациентов с ЦП вирусной этиологии ЦИ был меньше – $1,21 \pm 0,05$ против $1,3 \pm 0,19$ при ХГ вирусной этиологии (снижение на $6,93\%$). Таким образом, у пациентов с ЦП наблюдается «вегетативная» денервация сердца. Также у пациентов с патологией печени вирусной этиологии наблюдались различия в показателях ФВ ЛЖ. Так, ФВ ЛЖ у пациентов с ХГ составляла $69,45 \pm 1,9\%$ против $73,8 \pm 1,8\%$ при ЦП (прирост на $5,9\%$).

У пациентов с токсической этиологией патологии печени имели место изменения в размерах ЛП и максимального уровня ЧСС, по данным ХМЭКГ. Размеры полости ЛП, по данным ЭхоКГ, при ХГ и ЦП составили $36,75 \pm 1,6$, $44,0 \pm 0,9$ мм и $40,67 \pm 1,9$, $49,33 \pm 3,7$ мм соответственно. Макс. ЧСС составляла $142,86 \pm 8,6$ и $115,43 \pm 9,8$ уд. в мин. при ХГ и ЦП соответственно.

Выводы: 1. У пациентов с циррозом печени установлены более выраженные изменения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, чем у пациентов с хроническим гепатитом.

2. Более значимые отклонения выявлены при токсической этиологии хронических диффузных заболеваний печени в виде увеличения конечного диастолического и конечного систолического объемов левого желудочка при хроническом гепатите, а также увеличения размеров левого предсердия, уменьшения фракции выброса левого желудочка и снижения максимальной частоты сердечных сокращений при циррозе печени.

3. При вирусной этиологии цирроза печени определено снижение циркадного индекса, что свидетельствует о «вегетативной» денервации сердца по мере прогрессирования фиброза печени.

Список литературы:

1. Берестень, Н. Ф. Допплерэхография в комплексной оценке нарушений печеночной и сердечной гемодинамики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н. Ф. Берестень. – М., 2000. – 42 с.
2. Денисов, А. А. Оценка функции левого и правого желудочков с позиций структурно-функциональных из-

менений миокарда у больных хроническими гепатитами и циррозом печени в процессе / А. А. Денисов // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – № 2. – С. 38–45.

3. Дерюгин, М. В. Хронические инфекционно обусловленные миокардиты как проблема в практике кардиолога / М. В. Дерюгин // Сердце. – 2004. – № 4. – С. 172–180.

4. Особенности диагностики портальной гипертензии у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени методом ультразвуковой доплеросонографии / В. Е. Куликов [и др.] // Актуальные проблемы современной

медицины. – Великий Новгород, 2006. – Т. 8. Ч. 2. – С. 365–371.

5. Прибылов, С. А. Дисфункция миокарда у больных с циррозом печени / С. А. Прибылов // Сердце. – Т. 5, № 6. – С. 305–307.

6. Роль доплерографии в оценке степени фиброзированной ткани печени при хронических гепатитах и циррозе печени / М. И. Гульман [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – Т. 55, № 6. – С. 39–41.

7. Diastolic dysfunction in liver cirrhosis / L. Ratti [et al.] // Gastroenterol hepatol. – 2005. – № 28 (10). – S. 649–655.

УДК 618.177-02:575.224.22:577.164.175

А. Е. Шкляев¹, Е. А. Семеновых¹, Т. О. Толстолуцкая²

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

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

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

Клинико-диагностическая лаборатория

МУТАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА КАК ПРИЧИНА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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; Семёновых Елизавета Александровна — студент; Толстолуцкая Татьяна Олеговна — заведующий клинико-диагностической лабораторией

Приведены результаты анализа структуры распределения полиморфизмов генов фолатного цикла у пациенток с бесплодием. Показана значимость изучения полиморфизмов генов фолатного цикла для прогнозирования и профилактики ассоциированных с ними заболеваний.

Ключевые слова: фолатный цикл; гены; полиморфизм; бесплодие

A.Ye. Shklyayev¹, E.A. Semenovikh¹, T.O. Tolstolutskaaya²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Faculty Therapy with the Courses in Endocrinology and Hematology

²Republic Clinical Hospital No.1, Izhevsk

Clinical Diagnostic Laboratory

MUTATIONS OF FOLATE CYCLE GENES AS A CAUSE OF WOMEN'S INFERTILITY

Shklyayev Alexey Yevgenyevich — Doctor of Medical Sciences, professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (3412) 68-52-24, e-mail: nir@igma.udm.ru; Semenovikh Elizaveta Alexandrovna — student; Tolstolutskaaya Tatiana Olegovna — head of the Clinical Diagnostic Laboratory

The article presents the results of the analysis of the distribution structure of folate cycle gene polymorphisms in female patients with infertility. The significance of research into folate cycle gene polymorphisms for predicting and preventing diseases associated with them is shown.

Key words: folate cycle; genes; polymorphism; infertility

Проблема репродуктивного здоровья женщин является одной из наиболее обсуждаемых в современной медицине. Бесплодие может быть вызвано патологией репродуктивной и эндокринной систем. Важную роль при этом играют воспалительные заболевания матки и её придатков, нарушение гормонального гомеостаза, аномалии развития половых органов [1,4]. Менее распространённым, но значимым фактором нарушения фертильности является патология системы гемостаза, в частности, нарушение функционирования фолатного цикла вследствие мутации генов, кодирующих необходимые для него ферменты [3, 6].

Фолатный цикл представляет собой сложный каскадный процесс, контролируемый фермен-

тами, которые в качестве коферментов имеют производные фолиевой кислоты. Ключевым этапом в этом процессе является синтез метионина из гомоцистеина. В нем участвуют ферменты метилентетрагидрофолатредуктаза (*MTHFR*), метионинсинтаза (*MTR*) и метионинсинтаза редуктаза (*MTRR*).

Анализ мутаций в генах фолатного цикла позволяет определить предрасположенность к ряду патологий. Полиморфизм гена *MTHFR* приводит к дефициту этого фермента, что провоцирует активацию многих клеточных генов, в том числе и онкогенов. Кроме того, происходит избыточное накопление гомоцистеина — промежуточного продукта синтеза метионина. Гипер-

гомоцистеинемия является независимым фактором риска атеросклероза и атеротромбоза.

Существует два варианта полиморфизма гена *MTHFR*. Вариант *T* (*MTHFR* C677T) связан с заменой нуклеотида цитозина (C) на тимин (T) и может провоцировать возникновение 4 групп многофакторных заболеваний: сердечно-сосудистых, дефектов развития плода, колоректальной аденомы и рака молочной железы и яичников. Неблагоприятное воздействие варианта *T* полиморфизма сильно зависит от внешних факторов – низкого содержания фолатов в пище, курения, приема алкоголя.

Вариант *C* полиморфизма гена *MTHFR* (*MTHFR* A1298C) связан с точечной заменой нуклеотида аденина (A) на цитозин (C). У лиц, гомозиготных и гетерозиготных по этому варианту полиморфизма отмечается некоторое снижение активности метилентетрагидрофолатредуктазы. Это снижение обычно не сопровождается изменением уровня гомоцистеина в плазме крови, однако, обуславливает повышенную потребность в фолатах и высокий риск онкологических заболеваний.

Полиморфизм гена *MTRR* A66G связан с заменой нуклеотида аденина (A) на гуанин (G). В результате этой замены функциональная активность фермента снижается, что приводит к повышению риска развития гипергомоцистеинемии и заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезни сердца (ИБС). Наличие такой нуклеотидной замены в женском организме может привести к осложнениям беременности, таким как поздние гестозы, отслойка плаценты, невынашивание беременности, задержка внутриутробного развития, антенатальная гибель плода. Также возможны нарушения развития плода – дефекты развития нервной трубки, незаращение губы или неба и анэнцефалия. Влияние полиморфизма усугубляется дефицитом витамина B₁₂.

Полиморфизм гена *MTR* A2756G связан с заменой нуклеотида аденина (A) на гуанин (G). В результате этой замены функциональная активность фермента изменяется, что может привести к гипергомоцистеинемии, повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС). У женщин наличие данной мутации увеличивает риск возникновения осложнений беременности, а также таких дефектов развития плода как синдром Дауна, незаращение костномозгового канала, незаращение верхней губы или неба.

Влияние полиморфизма усугубляется повышенным уровнем гомоцистеина [5].

Согласно данным литературы частота встречаемости варианта C677T полиморфизма гена *MTHFR* в популяции: T/T – 10–16%, C/T – 56%; варианта A1298C полиморфизма гена *MTHFR*: C/C – 3–13%, A/C – 45–55%. Полиморфизм *MTRR* A66G встречается в популяции с частотой 15–25% – мутантная гомозигота, 40–50% – гетерозигота; а *MTR* A2756G с частотой 20–30% [2].

Результаты молекулярно-генетического исследования полиморфизмов генов фолатного цикла существенно расширяют возможности прогнозирования и профилактики ассоциированных с ними заболеваний, в частности, женского бесплодия.

Цель исследования: изучить особенности распределения полиморфизмов C677T, A1298C гена *MTHFR*, A66G гена *MTRR* и A2756G гена *MTR* у пациенток гинекологического отделения и центра ЭКО и репродукции человека БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР».

Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты анализа ПЦР «*real-time*» на определение однонуклеотидных полиморфизмов генов системы свертывания крови и фолатного цикла 57 пациенток гинекологического отделения и центра ЭКО и репродукции человека БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» за 2017 год. Все направленные на исследование женщины страдали бесплодием.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 57 обследованных женщин не обнаружено мутаций в генах фолатного цикла у 3 пациенток (5,3%). Носителями изолированного полиморфизма одного из генов (C677T, A1298C гена *MTHFR*, A66G гена *MTRR* или A2756G гена *MTR*) оказались 7 человек (12,3% обследованных). Комбинация двух полиморфизмов встретилась в 24 случаях (42,1%). Сочетание трёх полиморфизмов выявлено в 17 случаях (29,8%). Комбинация всех четырёх полиморфизмов обнаружилась у 6 пациенток (10,5%); при таких сочетаниях полиморфизмы C677T и A1298C гена *MTHFR* всегда находились в гетерозиготном состоянии, тогда как полиморфизмы A66G гена *MTRR* или A2756G гена *MTR* встречались и в гетерозиготном и в гомозиготном состояниях.

Чаще всего обнаруживался полиморфизм гена *MTRR* – 46 (80,7%) случаев, из них у 30 пациенток этот ген был в гетерозиготном состоянии, а у 16 выявлена мутантная гомозигота.

Среди исследуемых выявили носителей варианта *C* полиморфизма гена *MTHFR* – 35 (61,4%) пациенток, из них 31 имеет этот ген в гетерозиготном состоянии и 4 – в гомозиготном. Вариант полиморфизма *T* гена *MTHFR* найден у 27 (47,4%) женщин: 23 гетерозиготы, 4 мутантных гомозиготы. Реже всего регистрировался полиморфизм гена *MTR* – 22 (38,6%) случая, из них 19 гетерозигот и 3 мутантных гомозиготы.

Изолированный полиморфизм *T* гена *MTHFR* или *MTR* не встретился ни у одной из пациенток, вариант *C* гена *MTHFR* – у 1 женщины, а гена *MTRR* – у 6. Комбинация полиморфизмов генов *MTRR* и варианта *C* гена *MTHFR* встречалась чаще всего – в 14 (24,6%) случаях, генов *MTRR* и варианта *T* гена *MTHFR* – в 4 случаях. Сочетание полиморфизма гена *MTR* с вариантом *T* гена *MTHFR* обнаружено в 1 случае, гена *MTR* с вариантом *C* гена *MTHFR* – в 2 случаях. Нередко встречаются комбинации трёх полиморфизмов: генов *MTR*, *MTRR* и варианта *C* гена *MTHFR* – 5 случаев; генов *MTR*, *MTRR* и варианта *T* гена *MTHFR* – 6 случаев. Полиморфизмы гена *MTRR* и вариантов *C* и *T* гена *MTHFR* зарегистрированы у 5 пациенток, а гена *MTR* и вариантов *C* и *T* гена *MTHFR* – у 2 пациенток.

Вывод. Мутация в одном или нескольких генах фолатного цикла играет важную роль в ухудшении репродуктивного здоровья женщин. У большинства обследованных женщин с бесплодием обнаружен полиморфизм *A66G* гена *MTRR* – 80,7%. Наиболее частым сочетанием мутаций генов фолатного цикла у пациенток с репродуктивными проблемами является поли-

морфизм *MTHFR A1298C* и *MTRR A66G*, выявленный у 24,6% пациенток. Полиморфизм гена *MTR* встречается в 38,6%. Из всех известных полиморфизмов генов фолатного цикла изолированные мутации варианта *T* гена *MTHFR* или гена *MTR* не встретились ни у одной из женщин.

Полученные в данном исследовании результаты демонстрируют высокую частоту изолированных и сочетанных мутаций генов фолатного цикла у женщин с бесплодием. Выявленные у обследованных пациенток полиморфизмы генов чаще встречаются в гетерозиготном состоянии. Оценка полиморфизмов генов фолатного цикла позволяет уточнить причины нарушения репродуктивной функции у женщин с бесплодием.

Список литературы:

1. Варианты гистероскопических картин и гистологических исследований при первичном и вторичном бесплодии / М.В. Тактаева [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 2. – С. 50–51.
2. Нарушения фолатного цикла, вызванные генетическими полиморфизмами / О.В. Небыльцова [и др.] // Здоров'я України: Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія. – 2013. – № 1. – С. 49–50.
3. Полиморфизм генов фолатного цикла в семьях с привычным невынашиванием беременности, пороками развития плода и анэмбрионией / И.Н. Фетисова [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – № 6. – С. 11–17.
4. Сергейко, И.В. Анализ репродуктивных потерь на современном этапе / И.В. Сергейко // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 1. – С. 27–30.
5. Фетисова, И.Н. Полиморфизм генов фолатного цикла и болезни человека / И.Н. Фетисова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2006. – № 1–2. – С. 77–82.
6. Шкляев, А.Е. Структура распределения мутаций генов фолатного цикла / А.Е. Шкляев, Е.А. Семеновых, Т.О. Толстолуцкая // Труды ИГМА. – 2018. – Т. 56. – С. 75–77.

УДК 616.12-008.331.1-073.176:616.36-036.12-079.1

Е. Н. Иевлев¹, И. А. Казакова¹, М. В. Ковалёва², А. Н. Быстрых²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 МЗ УР», г. Ижевск
Отделение функциональной диагностики БК-2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ СВЯЗЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Иевлев Евгений Николаевич – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426000, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8 (3412)68-68-48, e-mail: vnut.bolezni@mail.ru; Казакова Ирина Александровна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Ковалёва Мария Владимировна – врач функциональной диагностики; Быстрых Анна Николаевна – врач функциональной диагностики

Для выявления патологических суточных ритмов АД и их связи с метаболическими параметрами 80 пациентам проведено СМАД в течение 23,5±0,5 часа. У большинства пациентов с АГ имеется нарушение суточного ритма: non-dipper и night-peaker. Выявлены связи показателей СМАД с нарушением ионного баланса (калия, натрия, фосфора) и азотистого обмена (уровнем мочевины). Увеличение пульсового давления сочетается с гиперфосфатемией, гиперкальциемией и повышением ПТГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; суточное мониторирование артериального давления; хроническая болезнь почек 5 диализной стадии

E.N. Ievlev¹, I.A. Kazakova¹, M.V. Kovaleva², A.N. Bystrykh²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Internal Diseases with the Courses in Radiological Methods of Diagnostics and Treatment

²City Clinical Hospital No. 6, Izhevsk

Department of Functional Diagnostics

PECULIARITIES OF CLINICAL AND LABORATORY RELATIONS OF BLOOD PRESSURE CIRCADIAN PROFILE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Ievlev Evgeny Nikolaevich — Candidate of Medical Sciences, lecturer, 281 Kommunarov St., Izhevsk 426000, tel.: 8(3412)68-68-48, e-mail: vnut.bolezni@mail.ru; Kazakova Irina Aleksandrovna — Doctor of Medical Sciences, professor, head of the department; Kovaleva Maria Vladimirovna — functional diagnostics specialist; Bystrykh Anna Nikolaevna — functional diagnostics specialist

80 patients underwent 24h blood pressure monitoring (24h-BPM) for 23.5±0.5h to detect pathological circadian rhythms of blood pressure (BP) and their relation to metabolic parameters. The majority of patients with arterial hypertension had disturbances of circadian rhythms: non-dipper and night-peaker types. 24h-BPM parameters correlate with impaired electrolyte balance (potassium, sodium, and phosphorus) and nitrogen metabolism (urea level). The increase of pulse pressure is associated with hyperphosphataemia, hypercalcaemia and parathyroid hormone elevation.

Key words: arterial hypertension; 24h blood pressure monitoring; stage 5 chronic kidney disease

Болезни системы кровообращения являются основной причиной смертности пациентов, получающих лечение программным гемодиализом (ГД). [10,11,12]. Артериальная гипертензия (АГ) в этой цепи является мощным фактором риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений у диализных пациентов, способствующих инвалидизации и смерти, определяет прогноз заболевания, длительность и качество жизни [3,13].

Существует связь между отсутствием ночного снижения АД и тяжестью повреждений органов-мишеней сердечно-сосудистой системы. Проведенные ранее исследования показали, что повышение ночного АД более чем на 30% признано независимым фактором возникновения и прогрессирования гипертрофии левого желудочка. В то же время гипертрофия левого желудочка может быть связана с увеличением общего периферического сопротивления, которое, в свою очередь, у больных на ГД обусловлено увеличением жесткости сосудистой стенки и увеличением волны возврата [1,6]. Из клинических параметров самым простым методом, отражающим жесткость артерий, является расчет пульсового давления (ПД).

Таким образом, исследование показателей суточного мониторингирования артериального давления (СМАД) у диализных пациентов является необходимым диагностическим аспектом, определяющим дальнейшую тактику ведения.

Цель исследования: выявить клинико-лабораторные связи течения АГ у пациентов с диализной стадией хронической болезни почек (ХБП 5 д).

Материалы и методы исследования. Обследовано 80 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 д стадии, мужчин было 129, женщин 119, средний возраст – 48,7±8,8 года, проходивших лечение в отделениях гемодиализа г. Ижевска. Процедуры выполнялись на аппаратах 4008S («Fresenius», Германия) и Dialog+ (B. Braun, Германия) 3 раза в неделю по 4–4,5 часа с применением полисульфоновых диализаторов. Индекс адекватности Kt/V по мочеvine был выше 1,2 и составил 1,43±0,09.

Для выявления патологических суточных ритмов АД и их связи с метаболическими параметрами пациентам проводилось СМАД в течение 23,4±0,5 часов (аппарат МЭКГ-ДП-НС-01, 2015 г.) Оценивалась связь показателей СМАД с биохимическими параметрами, проведенными в соответствии со стандартами диагностики пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Перед исследованием было получено разрешение Локального этического комитета.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием прикладных программ «BioStat» (2009, версия 4.03.) и Microsoft Excel 2010. Статистический анализ проведен методами параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам СМАД получено, что среднеинтегральные показатели САД и ДАД превышали допустимые значения и составили за сутки 144,2±5,8 мм рт.ст. и 94,2±3,8 мм рт.ст., за день 143,7±6,4 мм рт.ст. и 93,9±3,9 мм рт.ст., за ночь – 145,9±5,5 мм рт.ст. и 95,2±4,3 мм рт.ст. соответ-

ственно. Индекс времени САД и ДАД значительно повышен, что говорит не о транзиторном, а о стабильном характере АГ. Дневные показатели СМАД имели корреляцию с данными «офисного» САД и ДАД до процедуры гемодиализа: $136,8 \pm 5,8$ мм рт.ст. и $82,5 \pm 3,9$ мм рт.ст. ($r_{\text{САД}}=0,52$, $p<0,01$ и $r_{\text{ДАД}}=0,65$, $p<0,01$), во время процедуры: $133,8 \pm 5,7$ мм рт.ст. и $84,2 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($r_{\text{САД}}=0,50$, $p<0,01$ и $r_{\text{ДАД}}=0,66$, $p<0,01$), после процедуры: $134,8 \pm 7,9$ мм рт.ст. и $82,9 \pm 3,9$ мм рт.ст. ($r_{\text{САД}}=0,56$, $p<0,01$ и $r_{\text{ДАД}}=0,54$, $p<0,01$; табл. 1).

Известно, что АД подвержено значимым суточным колебаниям, которые отражают циркадный ритм, характеризующийся снижением АД во время сна и быстрым повышением в момент пробуждения или непосредственно перед ним. Суточный ритм по типу *nicht peacker* характеризуется парадоксальной ночной гипертензией, т.е. отчетливый подъем АД ночью встречался у 34 (68%) пациентов, ДАД у 22 (44%) пациентов (рис.).

Таблица 1. Показатели суточного мониторингирования АД у пациентов с АГ

Показатель	САД (N=80)	ДАД (N=80)
Среднеинтегральное суточное мм рт.ст	144,2±5,8	94,2±3,8
Среднеинтегральное дневное мм рт.ст	143,7±6,4	93,9±3,9
Среднеинтегральное ночное мм рт.ст	145,9±5,5	95,2±4,3
Гипертонический индекс времени	70,8±18,6	74,4±16,3
Величина утреннего подъема мм рт.ст.	4,3±6,5	3,5±4,7
Скорость утреннего подъема мм рт.ст./час	1,8±1,9	1,1±1,7
Степень ночного снижения	-2,2±2,4	-0,14±2,6

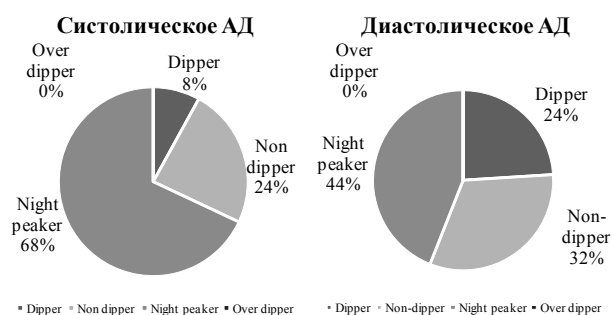


Рис. Характеристика суточного ритма АД у пациентов с АГ

Величина утреннего подъема оказалась отрицательной у 16 (32%) пациентов по САД и у 22 (44%) пациентов по ДАД, следовательно, у них происходило снижение, а не подъем утреннего АД. Также встречались лица с недостаточным снижением ночного АД (*non dipper*): 12 (24%) человек по САД и 16 (32%) человек по ДАД. Нормальный суточный ритм (*Dipper*) выявлен у 4 (8%) пациентов по САД и 12 (24%) пациентов по ДАД. Пациенты с чрезмерным снижением ночного АД в нашем исследовании не встречались.

В последние годы всё пристальное внимание уделяется ЧСС, которая рассматривается как независимый фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. Важно отметить, что склонность к тахикардии рядом авторов расценивается как показатель увеличения активности вегетативной нервной системы. У пациентов, включенных в исследование при проведении СМАД, ЧСС составила 76 [74,8;81,8] уд. мин. У 12 пациентов (24%) данный показатель превышал референсные значения. Показатель вегетативного индекса Кердо у 44 пациентов (88%) соответствовал преобладанию парасимпатического тонуса, у 6 пациентов (12%) – симпатического и в среднем составил $20,2 \pm 5,5$.

При измерении «офисного» АД пульсовое давление в начале и конце процедуры гемодиализа составило $53,5 \pm 1,0$ мм рт.ст. и $53,3 \pm 1,2$ мм рт.ст. соответственно ($p>0,05$). Распределение по уровню пульсового давления было следующим: у 127 (51,2%) пациентов выявлены повышенные значения, у 88 (35,5%) – нормальные, у 33 (13,3%) – пограничные. Больше половины пациентов (51,2%) имели повышенные значения пульсового АД. Повышение пульсового давления рядом авторов связывается с увеличением жесткости магистральных артерий [7]. При проведении корреляционного анализа выявлены связи уровня пульсового давления в конце процедуры гемодиализа с уровнем паратиреоидного гормона ($r_s=0,78$; $p<0,001$) и фосфора ($r=0,63$; $p<0,001$), кальция ($r=0,57$; $p<0,001$). Известно, что с прогрессированием ХБП и вторичного гиперпаратиреоза развивается медиасклероз или артериосклероз Менкеберга, который характеризуется склеротическим поражением средней оболочки артерии эластического и эластично-мышечного типа и проявляется медианекрозом, медиасклерозом и медиакальцинозом [6]. Поэтому у данной когорты непосредственное влияние

на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний оказывает выраженность нарушений кальций-фосфорного обмена. В обзоре семи исследований (*EWPHE*, *HEP*, *MRC1*, *MRC2*, *SHEP*, *Syst-Eur* и *STOP*) показано, что ПД является независимым фактором риска смерти от сердечно-сосудистой патологии [9]. По данным *P.S. Klassen* (2002) и *USRDS Waves 3 and 4 Study* (2010) у пациентов на ГД увеличивался риск смерти более чем на 10 % при увеличении постдиализного ПД на 10 мм рт.ст. [2,8]. Таким образом, контроль пульсового давления и эффективная коррекция кальций-фосфорного обмена являются значимыми прогностическими факторами.

При проведении корреляционного анализа выявлена связь величины утреннего подъёма САД и ДАД с уровнем мочевины ($r=-0,77$; $p<0,001$ и $r=-0,87$; $p<0,001$ соответственно), калия ($r=-0,8$; $p<0,001$ и $r=-0,8$; $p<0,001$ соответственно), натрия ($r=0,74$; $p<0,001$ и $r=0,69$; $p<0,001$ соответственно) и фосфора ($r=-0,7$; $p<0,001$ и $r=-0,78$; $p<0,001$ соответственно). Вышеизложенные корреляции свидетельствуют, что чем выше концентрация метаболитов (мочевины и креатинина) и ионов (калия, натрия, фосфора) в крови, тем больше вероятности наличия ночной гипертензии. В нашем исследовании из параметров СМАД только величина утреннего подъёма АД коррелировала с биохимическими показателями (табл. 2).

По данным *R. Agorwal* (2015) СМАД наилучшим образом предсказывало риски летальности в сравнении с «офисным» и «домашним» измерением АД [5]. Но на сегодняшний день выполнение СМАД широко не распространено ввиду низкой доступности оборудования и обременительности для пациента.

Таблица 2. Корреляционные связи биохимических показателей и величины утреннего подъёма АД у пациентов с ХБП 5 д стадии

Параметр крови	Величина утреннего подъёма САД (r)	Величина утреннего подъёма ДАД (r)
Мочевина	-0,77**	-0,87**
Калий	-0,8**	-0,8**
Фосфор	-0,7**	-0,78**
Натрий	0,74**	0,69**

Примечание: достоверность коэффициента корреляции – ** $p<0,001$

Поэтому необходимо включение в стандарты оказания медицинских услуг диализным пациентам данной процедуры и в перспективе суточного мониторинга артериального давления методом аппланационной тонометрии на лучевой артерии.

Вывод. У большинства пациентов с хронической болезнью почек 5 д стадии имеется нарушение суточного ритма АД: *non-dipper* и *night-peaker*. Установлены связи показателей СМАД с нарушением ионного баланса (калия, натрия, фосфора) и азотистого обмена (уровнем мочевины). Увеличение пульсового давления сочетается с гиперфосфатемией, гиперкальциемией и повышением паратиреоидного гормона. Данным пациентам одновременно с антигипертензивной терапией необходимо назначать соответствующую терапию для коррекции нарушения кальций-фосфорного обмена.

Список литературы:

1. Бунова, С.С. Факторы, влияющие на жесткость артерий у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на разных видах заместительной терапии / С.С. Бунова, О.А. Билевич, С.Б. Семченко // Нефрология и диализ. – 2014. – Т. 16 (3). – С. 359–363.
2. Влияние значений артериального давления на прогноз и выживаемость диализных пациентов / А.В. Суворов [и др.] // СТМ. – 2012. – № 2, Т. 4. – С. 135–137.
3. Динамика артериальной гипертензии и выживаемость у пациентов на гемодиализе / А.Б. Сабодаш [и др.] // Нефрология и диализ. – 2016. – Т. 18 (4). – С. 416–430.
4. Иванов, Д.Д. Центральная гемодинамика и препараты выбора в коррекции гипертензии при хронической болезни почек / Д.Д. Иванов // Почка. – 2016. – Т. 1 (15). – С. 16–21.
5. Agarwal, R. Home bloodpressure monitoring improves the diagnosis of hypertension in hemodialysis patients / R. Agarwal // Kidney Int. – 2006 – Vol.69 (5) – P.900–906.
6. Agarwal, R. Pro: Ambulatory blood pressure should be used in all patients on hemodialysis / R. Agarwal // Nephrol Dial Transplant. – 2015. – Vol. 30 (9). – P.1432–1437.
7. Aortic pulse wave velocity is a strong predictor of all – cause and cardiovascular mortality in chronic dialysis patients / P. Avramovski [et al.] // Ren Fail. – 2014 – Vol.36 (2) – P.176–186.
8. Arulkumaran, N. Pulse pressure and progression of chronic kidney disease / N. Arulkumaran // J. Nephrol. – 2010 – Vol.23 (2) – P.189–193.
9. Bulpitt, C. Hypertension in the Elderly. Clinician's manual / C. Bulpitt, C. Rajkumar, N. Beckett. – London, 1999. – 1200 p.
10. Chazot, C. The dynamics of prognostic indicators: toward earlier identification of dialysis patients with a high risk of dying / C. Chazot, G. Jean // Kidney International. – 2013. – Vol.84. – P. 19–22.
11. Noris, M. Cardiovascular complications in atypical haemolyticuraemic syndrome / M. Noris, G. Remuzzi // Nat Rev Nephrol. – 2014 – Vol.10. – P.174–180.
12. Power, A. Stroke in dialysis and chronic kidney disease / A. Power // Blood Purif. – 2013. – Vol. 36. – P.179–183.
13. Risk factor profiles based on GFR and dipstick proteinuria: Analysis of the participants of the Specific Health Check and Guidance System in Japan 2008 / K. Iseki [et al.]. – Clin. Exp. Nephrol. – 2012. – Vol. 16. – P. 244–249.

УДК 616.89

В. Т. Лекомцев¹, Е. Н. Васильева², Н. А. Мадиярова²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
БУЗ и СПЗ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» МЗ УР, г. Ижевск**ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Лекомцев Владислав Тимофеевич — кандидат медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел.: 8 (912)878-75-70, e-mail: rector@igma.udm.ru; Васильева Елена Николаевна — врач-психиатр; Мадиярова Наталья Александровна — врач-психиатр, заведующий детским отделением

В статье проводится структурно-динамический анализ церебрастенического синдрома у детей в возрасте 5–10 лет. Рассматриваются каузальные причины возникновения церебрастенического синдрома.

Ключевые слова: церебрастенический синдром; девиантное поведение; неправильный тип воспитания

V. T. Lekomtsev¹, E. N. Vasilyeva², N. A. Madiyarova²¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic²Republic Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk**CEREBRAL ASTHENIA AS A FACTOR OF DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN OF PRESCHOOL
AND PRIMARY SCHOOL AGE**

Lekomtsev Vladislav Timofeevich — Candidate of Medical Sciences, associate professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (912)878-75-70, e-mail: rector@igma.udm.ru; Vasilyeva Elena Nikolaevna — psychiatrist; Madiyarova Natalia Aleksandrovna — psychiatrist, head of the children's department

The article deals with a structural-dynamic analysis of cerebral asthenia in children aged 5–10. The causal factors of the emergence of cerebral asthenia are considered.

Key words: cerebral asthenia; deviant behavior; wrong type of upbringing

В каждый период развития ребенка формируются некоторые психические качества, черты личности и характера. У детей раннего школьного возраста наблюдается два процесса развития психики: либо отчуждение от той социальной среды, где он живет, либо приобщение. Если в семье ребенок чувствует недостаток родительской ласки, любви, внимания, то защитным механизмом в этом случае будет выступать отчуждение. Важным фактором отклонений в психосоциальном развитии ребенка является неблагополучие семьи. Следует выделить определенные стили семейных взаимоотношений, ведущих к формированию асоциального поведения несовершеннолетних. *Дисгармоничный стиль* воспитательных и внутрисемейных отношений, сочетающий в себе, с одной стороны, потворство желаниям ребенка, гиперопеку, а с другой — провоцирование ребенка на конфликтные ситуации; или характеризующийся утверждением в семье двойной морали: для семьи — одни правила поведения, для общества — совершенно другие. *Нестабильный, конфликтный стиль* воспитательного воздействия в неполной семье, в ситуации развода, длительного раздельного проживания детей и родителей. *Асоциальный стиль* отношений в дезорганизованной семье с систематическим

употреблением алкоголя, наркотиков, аморальным образом жизни, криминальным поведением родителей, проявлениями маломотивированной семейной жестокости и насилия.

Многие отклонения в психике вызваны недостатками семейного воспитания. Занятость обоих родителей, малодетность, устранение детей от домашнего труда и серьезных жизненных проблем часто становится тем фактором, который способствует развитию неблагоприятных наклонностей и поступков.

Вышеописанные типы семей составляют от 10–15% и считаются неблагополучными. Они обуславливают искаженное формирование личности ребенка, возникновение у него деформаций в ценностных ориентациях, структуре мотивов, механизме самоконтроля. К тому же 15–20% семей относятся к числу таких, в которых родители по разным причинам (плохое здоровье, недостаток образования, педагогической культуры, чрезмерная загруженность на работе) не в состоянии правильно воспитывать детей.

Неправильное воспитание, неблагоприятные условия, конфликты в семье и в школе ведут к определенным отклонениям в психике личности, которые, в свою очередь, повышают возможность отклоняющегося поведения подростков.

Церебрастенический синдром (ЦС) у детей связан с явлениями дезадаптации как школьной, так и социальной. Изначально причиной формирования аддиктивного поведения может явиться неправильное воспитание ребенка [5]. Первый тип такого воспитания – полное отсутствие контроля. Родители занимаются своими делами и не уделяют ребенку должного внимания, поэтому он вынужден искать общение и поддержку на стороне. Другая крайность – это гиперопека. Родители контролируют каждый шаг ребенка, пытаются принимать участие во всех его делах. Подчас это граничит с деспотичностью и жестоким обращением. Ребенок растет в постоянной атмосфере отрицательных эмоций, что, естественно, влияет на формирование характера.

Период детства и отрочества – это время становления характера. Именно в этот период сильно сказывается влияние среды, ближайшего окружения. Формирование серьезных нарушений поведения часто связано с отклонениями в процессе становления характера. Нередко эмоциональное развитие детей бывает нарушенным, а их поведение – трудным. В этой связи довольно часто возникают осложнения психологического развития [1,2,4,7]. Факторы формирования девиантного поведения у несовершеннолетних различны: психологические, биологические, генетические, наследственные.

В настоящее время возросло количество детей, способных по уровню умственного развития к освоению программного материала, но не успевающих за объемом и темпом школьной программы [3,6]. Это и есть ученики с церебрастеническим синдромом, у которых постоянные чрезмерная утомляемость и истощаемость нервной системы препятствуют полноценному включению в процесс обучения. При гипердинамическом варианте у детей характерны повышенная возбудимость; неуправляемость; двигательная расторможенность; эмоциональная лабильность (быстрая смена настроения), в частности внезапный переход от смеха к плачу (или наоборот); эпизодические проявления агрессии. Гиподинамическая форма проявляется слабостью; пугливостью; боязливостью; нерешительностью и робостью; отсутствием инициативности; повышенной эмоциональной чувствительностью. Эмоционально-волевые расстройства проявляются эмоционально-волевой неустойчивостью (повышенная внушаемость, ведущая роль непосредственного

получения удовольствия), аффективной возбудимостью с агрессивностью, патологией влечения (сексуальная расторможенность, уходы и бродяжничество, прожорливость и др.). Таким детям трудно ужиться в коллективе, у них наблюдается отрицательная реакция на общие мероприятия, они стараются изолироваться, но в то же время они могут проявлять очень большую привязанность к более активным и сильным детям. Эти дети постоянно отвлекаются, не слушают объяснения учителя – они просто не могут полноценно работать на уроке. Апатия или возбудимость, двигательная расторможенность – это тоже причины подобного переутомления. Но довольно часто такая усталость остаётся незамеченной – и педагоги обвиняют ребёнка в отсутствии мотивации к учёбе, что травмирует его, ведь он не в силах оценить своё состояние и объяснить взрослым свои трудности.

Цель исследования: структурно-динамическое изучение церебрастенического синдрома, как одного из факторов развития девиантного поведения в различных его формах.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 42 ребенка с ЦС, являющихся пациентами БУЗ и СПЭ УР «Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ УР» (РКПБ), из них 32 мальчика и 10 девочек, в возрасте от 5 до 10 лет (средний возраст 7,7 года). В 100 % наблюдений отмечалось девиантное поведение в виде нарушения поведения в школе – у 26 (61,90 %); уходов из дома – у 2 (4,76 %); бродяжничества – у 8 (19,04 %); агрессивного поведения к матери – у 1 (2,38 %); употребления токсических веществ, суррогатов – у 1 (2,38 %); уходов из школы – у 4 (9,52 %).

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследованных выявлен ЦС: с эмоционально-волевой неустойчивостью – у 21 ребенка (50,0 %), астеногипердинамический – у 11 (26,1 %), астеногиподинамический – у 6 (14,1 %), с неврозоподобными проявлениями – у 2 (4,76 %), с аффективными расстройствами – у 2 (4,76 %).

При оценке фактора наследственности выявлено, что у 16 (38,0 %) детей оба родителя – потаторы, у 4 (5,88 %) – потатор-отец, у 1 (2,3 %) – мать. Неотягощена наследственностью у 9 (21,42 %) детей; у 3 (7,1 %) выяснить не удалось. Кроме того, у 7 (16,6 %) детей родные братья страдают умственной отсталостью (у 1 из них – эписиндром), у 1 (2,3 %) – родная сестра. У 1 (2,94 %) ребенка

отец болен эпилепсией, у 1 (2,3%) – мать на II группе инвалидности из-за сосудистого заболевания мозга; у 1 (2,3%) – мать больна шизофренией; у 1 (2,3%) – старший брат на учете в психоневрологическом диспансере (ПНД).

У детей с нарушением интеллекта девиантное поведение встречается чаще, чем у нормально развивающихся школьников. Особенности психического развития умственно отсталых школьников затрудняют усвоение нравственных понятий, развитие и установление нравственно приемлемых отношений, что и ведет впоследствии к возникновению трудностей в поведении. Так, при церебрастеническом синдроме нарушения работоспособности пациента с умственной отсталостью резко усугубляются за счет повышенной утомляемости и психической истощаемости. Ребенок не может приобрести того запаса знаний, который является потенциально доступным для возможностей его мышления. Такому ребенку трудно успевать за сверстниками, он быстро устает. Во всех случаях отклоняющегося поведения отмечается нарастание эмоциональной напряженности. Оно характеризуется выходом за нормальные пределы чувств, эмоций, переживаний детей. Напряженность ведет к потере чувства реальности, снижению самоконтроля, неспособности правильно оценивать свое поведение. Под влиянием «разбушевавшихся» эмоций ребенок перестает контролировать свои поступки, способен на безрассудные действия. А чем еще может ответить незащищенный, слабый человек на ухудшение условий, как не изменением своего поведения? Таким образом, девиантное поведение – это изменение реакции умственно отсталого ребенка на неприемлемую для него ситуацию. При оценке функции интеллекта выявлены его недостаточность – у 15 детей (35,7%), в т. ч. с сочетанием задержки психического развития (ЗПР) – у 4 (9,54%), умственная отсталость – у 16 (38,1%), ЗПР – у 3 (7,1%), соответствие возрасту – у 4 (9,56%). Социально-педагогические факторы выражаются в дефектах школьного, семейного или общественного вос-

питания. Такие дети, как правило, не подготовлены к школе, не выполняют домашние задания, выражают безразличие к школьным оценкам, что говорит о школьной дезадаптации.

В настоящем исследовании оценивалось 2 параметра: состав семьи и качество жизни (материальная обеспеченность). Семья полная – у 6 (14,2%) детей, неполная – у 23 (76%), воспитанники госучреждений – 13 (30,9%). Качество жизни оценивалось как хорошее – у 4 (9,54%) детей, среднее – у 25 (59,6%), малообеспеченность – у 13 (30,9%).

Выводы: 1. Таким образом, ЦС – один из ведущих факторов девиантного поведения.

2. Наличие у ребенка с ЦС дополнительных факторов, обуславливающих развитие девиантного поведения, повышает риск возникновения такового, что было подтверждено исследованием.

3. Дети с ЦС (эмоционально-волевая неустойчивость) и девиантным поведением (чаще – нарушение поведения в школе, бродяжничество) от 5 до 10 лет, чаще всего – мальчики, с недостаточностью интеллекта, из неполной семьи со средним и низким качеством жизни или родители которых – потаторы.

Список литературы:

1. **Вострокнутов, Н. В.** Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации / Н. В. Вострокнутов // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М., 1995. – С. 8–11.
2. **Исаев, Д. Н.** Психопатология детского возраста: учебное пособие для вузов / Д. Н. Исаев. – СПб.: Спец. лит., 2000. – 463 с.
3. **Ковалев, В. В.** Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 607 с.
4. **Крук, Н. В.** Церебрастенические состояния у детей дошкольного возраста / Н. В. Крук. – Киев: Здоровья, 1990. – 256 с.
5. **Лекомцев, В. Т.** Комплексная коррекция церебрастенического синдрома у детей-школьников / В. Т. Лекомцев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2009. – № 5. – С. 114–126.
6. Неудачающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников: учебное пособие / Н. К. Корсаков [и др.]. – М., 1997. – 123 с.
7. **Тржесоглава, З.** Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава. – М.: Медицина, 1986. – 194 с.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

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

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

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

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

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

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

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

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или словосочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit*, 600 dpi, *TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw* 10–13; *Adobe Illustrator* 9–11.

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

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation* 3.0; *Math Type* 4.0.

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

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, почтовый и электронный адрес, телефон.

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

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

Электронная почта: *hde_fu_journal@mail.ru*

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

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

2. The article should be printed on one side of a sheet by *Times New Roman* 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3–5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).

3. The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.

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

5. The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.

6. Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format *Gray 8 bit*, 600 dpi, *TIFF*). Figures should be clear, made in Indian ink (format *Corel Draw* 10–14, *Adobe Illustrator* 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.

7. Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.

8. Formulas should have clear indication, presented in format *MS Equation* 3.0, *Math Type* 4.0.

9. Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.

10. The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 –2003. The author is responsible for data adequacy.

11. The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.

12. In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.

13. Rejected articles are not given back to the authors.

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: *hde_fu_journal@mail.ru*.