



ВЕСТНИК УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Выпуск 2
2018



**ВЕСТНИК
Уральского
государственного
медицинского университета**

*Научно-практический журнал
№ 2, 2018*

**Журнал является печатным органом
Федерального государственного
бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

УЧРЕДИТЕЛЬ

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Адрес редакции:

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3
Издательство УГМУ (каб. 310).
Телефон: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru
Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Дизайн, верстка — И. Дзигунова

Номер подписан в печать 18.06.2018 г.

Печатается по решению Ученого совета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 9 от 18.05.2018)

Свидетельство о регистрации

ПИ № ФС77-65162 от 28 марта 2016 г.
Выдано Федеральной службой по надзору в
сфере связи, информационных технологий и
массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Зарегистрировано в Национальном
агентстве ISSN Российской Федерации.

Изданию присвоен номер
ISSN: 2500-0667

Тираж 100 экз.

**Все публикуемые статьи
рецензируются**

*За содержание статей
ответственность несут авторы.
Редакция оставляет за собой право
сокращать объем публикуемых
материалов. Все материалы публикуются
впервые, перепечатка — только
с письменного разрешения редакции.
Эксклюзивные материалы являются
собственностью
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

О.П. Ковтун

главный редактор
член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор,
и.о. ректора, заслуженный врач РФ,
Уральский государственный медицинский университет

А.В. Зырянов

заместитель главного редактора
доктор медицинских наук, и.о. проректора по учебной работе,
Уральский государственный медицинский университет

Ю.В. Мандра

заместитель главного редактора
доктор медицинских наук, профессор,
проректор по научной работе и инновациям,
Уральский государственный медицинский университет

С.М. Кутепов — член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии ФПК и ПП, главный научный сотрудник Института травматологии и ортопедии, президент, Уральский государственный медицинский университет

С.А. Коротких — заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и международной деятельности, зав. кафедрой офтальмологии, Уральский государственный медицинский университет

А.У. Сабитов — заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор, проректор по довузовской и последиplomной подготовке, зав. кафедрой клинической иммунологии и инфекционных болезней, Уральский государственный медицинский университет

С.А. Чернядьев — доктор медицинских наук, профессор, декан лечебно-профилактического факультета, зав. кафедрой хирургических болезней, Уральский государственный медицинский университет.

Т.В. Бородулина — доктор медицинских наук, профессор, декан педиатрического факультета, зав. кафедрой факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней, Уральский государственный медицинский университет

Г.М. Насыбуллина — доктор медицинских наук, профессор, декан медико-профилактического факультета, зав. кафедрой гигиены и экологии, Уральский государственный медицинский университет

С.Е. Жолудев — заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, декан стоматологического факультета, зав. кафедрой ортопедической стоматологии, Уральский государственный медицинский университет

Г.Н. Андрианова — доктор медицинских наук, профессор, декан фармацевтического факультета, зав. кафедрой управления и экономики фармации, Уральский государственный медицинский университет

С.В. Цвиренко — доктор медицинских наук, профессор, декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики и бактериологии, Уральский государственный медицинский университет

Р.А. Ушакова — доктор медицинских наук, руководитель отдела ординатуры, Уральский государственный медицинский университет

И.В. Борзунов — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела докторантуры, аспирантуры, магистратуры, Уральский государственный медицинский университет

Е.С. Набойченко — доктор психологических наук, профессор, декан факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования, Уральский государственный медицинский университет.

СОДЕРЖАНИЕ

НАУКА

Абдулкеримов Х.Т., Карташова К.И., Шаманская К.В.

РОЛЬ ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ 3

Акименко Р.И., Хромцова О.М., Хлынов И.Б.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)..... 5

Акимова А.В., Миронов В.А., Гагиев В.В., Палабугина П.А., Тарасова Е.В.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 10

Андреев А.Н., Милащенко А.И., Ибрагимов М.С., Ветров А.В.

ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА 12

Андреев А.Н., Акимова А.В., Невская А.В., Кондрашова Е.В.

ЗНАЧЕНИЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 16

Бадаев Ф.И., Коган Н.Л.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 19

Богданова Л.В., Закроева А.Г., Бессонова А.В.

ПИТАНИЕ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАВШИХСЯ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ..... 21

Боронина Л.Г., Саматова Е.В., Кукушкина М.П., Панова С.А., Фечина Л.Г.

ЭТИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 24

Галиуллина О.В., Сиденкова А.П., Набойченко Е.С.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РОЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ЗДОРОВОМ ДОЛГОЛЕТИИ 27

Гордиенко И.И., Цап Н.А.

ОТКРЫТЫЕ ТРАВМЫ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ..... 32

Дмитриев А.Н., Ахматова Ю.М., Хусаинова Ю.М.

ЦЕЛИАКИЯ С ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 34

Каминская Л.А., Трубчанинова А.С., Самсонычева А.В., Калмурзаева А.Т.

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ОСНОВАНИИ АНКЕТНОГО ОПРОСА 36

Козлова И.И., Сисин Е.И., Остапенко Н.А.

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОПИСТОРХОЗА В ГИПЕРЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ. НАДЗОР, КОНТРОЛЬ И ПРОФИЛАКТИКА 40

Морова О.В., Голубкова А.А., Богаевская Е.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И КРИТЕРИИ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКОВ 44

Сиденкова А.П., Набойченко Е.С., Галиуллина О.В., Тумасова Е.Р., Чальи С.С.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ..... 47

Соколова Л.А., Хусаинова Д.Ф., Бушугев А.В.

ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В АСПЕКТЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ 48

Тимофеева М.Р., Лукина С.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРЕСПИРАТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ..... 51

Чернова Е.М., Зеленцова В.Л., Сафина Е.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... 55

Эмад Ияд, Макарян А.А., Борзунов И.В.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
МЕТОДОВ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ
УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ
С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ОБТУРАЦИИ
МОЧЕТОЧНИКА ПЕСКОМ И МЕЛКИМИ
ФРАГМЕНТАМИ КОНКРЕМЕНТА 59**

ОБРАЗОВАНИЕ

*Бакуринских А.А., Добринская М.Н., Изможерова Н.В.,
Коломиец О.В., Гайсина Е.Ф.*

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА
ЛЕКЦИОННОГО КУРСА СТУДЕНТАМИ
МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА 61**

Богданов С.И.

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕГИТИМНОСТИ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В РАМКАХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
(ОБЗОР ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
И ПОДЗАКОННЫХ АКТОВ)..... 64**

*Жолудев С.Е., Карташова К.И., Филатова А.С.,
Камаева Т.И.*

**КУРАТОРСТВО КАК ВАЖНЕЙШИЙ
ВЕКТОР РАЗВИТИЯ НАПРАВЛЕНИЯ
ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ 69**

*Зеленцова В.Л., Шилко В.И., Николина Е.В.,
Мьшинская О.И., Сергеева Л.М., Сафина Е.В.,
Чернова Е.М.*

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ
РАБОТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА В СИСТЕМЕ
ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КОМПЕТЕНЦИЙ 71**

Зерчанинова Е.И.

**ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КУРАТОРОВ
В УГМУ 73**

Киселев В.А.

**МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ
В РАБОТЕ ВРАЧА..... 75**

Малозёмов О.Ю., Малозёмова И.И.

**ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ У УЧАЩЕЙСЯ
МОЛОДЕЖИ..... 78**

Мосейчук О.А., Харитоновна М.П., Халилаева Е.В.

**ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ
С ПОМОЩЬЮ АНКЕТИРОВАНИЯ 81**

Сапожникова О.В.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ
В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ТЕСТИРОВАНИЯ
ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ 84**

*Устинов А.Л., Шапошников Г.Н., Никитина И.А.,
Ятлук А.А.*

**ДИСПУТ КАК ФОРМА ИГРОВОГО
МОДЕЛИРОВАНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «К БАРЬЕРУ») 87**

*Хабибулина М.М., Чернядьев С.А., Гетманова А.В.,
Уфимцева М.А., Ушаков А.А.*

**ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
РАБОТОДАТЕЛЕЙ ВЫПУСКНИКАМИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА УГМУ 91**

*Хабибулина М.М., Чернядьев С.А., Уфимцева М.А.,
Гетманова А.В.*

**ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПРОВЕДЕНИИ ДНЯ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА УГМУ 93**

*Шорикова Е.А., Костромина О.В., Проценко Д.А.,
Кабонина О.И., Петров В.М.*

**ФОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕСТОВЫХ КОНТРОЛЕЙ
КАК ОСНОВА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА КАФЕДРЫ..... 94**

НАУКА

РОЛЬ ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

УДК 616.28-008.14-07

Х.Т. Абдулкеримов, К.И. Карташова, К.В. Шаманская

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Современный подход к диагностике поражений органа слуха требует проведения комплексного обследования больного, включающего исследование функции звукопроводящей и звуковоспринимающей систем, вестибулярного анализатора, изучение показателей свертывающей системы крови и функции печени, оценку состояния сердечно-сосудистой, выделительной и эндокринной систем, что дает возможность установить причину заболевания и выработать наиболее эффективную лечебную тактику. Целью исследования является определить роль нарушения гемокоагуляции в развитии сенсоневральной тугоухости. В данной статье представлен анализ показателей свертывающей системы крови у пациентов с сенсоневральной тугоухостью, которые проходили лечение по данной патологии в МАУ «ГКБ № 40». Подводя итог, можно сказать, что у всех пациентов с перцептивным нарушением слуха наблюдалось пропорциональное повышение показателей гемокоагуляционной системы, что подтверждает значимость сосудистого генеза тугоухости у большинства лиц и его первостепенное значение в развитии данного заболевания.

Ключевые слова: гемокоагуляция, сенсоневральная тугоухость, патогенез.

ROLE OF THE HEMOCOAGULATION SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF SENSORINEURAL HEARING LOSS

Kh.T. Abdulkarimov, K.I. Kartashova, K.V. Shamanskaya

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The modern approach to the diagnosis of lesions of the hearing requires a comprehensive examination of the patient, including the study of the function of the sound-conducting and sound-receiving systems, vestibular analyzer, the study of blood clotting and liver function, assessment of the cardiovascular, excretory and endocrine systems, which makes it possible to establish the cause of the disease and develop the most effective therapeutic tactics. The aim of the study is to determine the role of hemocoagulation disorders in the development of sensorineural hearing loss. This article presents an analysis of the blood coagulation system in patients with sensorineural hearing loss, who were treated for this disease in MAU GKB 40. Summing up, it can be said that in all patients with perceptual hearing impairment there was a proportional increase in the hemocoagulation system, which confirms the significance of the vascular origin of hearing loss in most people and its paramount importance in the development of the disease.

Keywords: blood coagulation, sensorineural hearing loss, pathogenesis.

Введение

Гемокоагуляция — ферментный процесс, при котором растворенный в плазме крови фибриноген подвергается после отщепления краевых пептидов полимеризации и образует в кровеносных сосудах фибринные тромбы, останавливающие кровотечение. Локальная активация гемокоагуляционной системы, происходящая в местах повреждения кровеносных сосудов, способствует остановке кровотечения. Активация системы свертывания крови в сочетании с агрегацией клеток крови (тромбоцитов, эритроцитов) играет значительную роль в развитии локального тромбоза при нарушениях гемодинамики и реологических свойств крови, изменениях ее вязкости, воспалительных (при васкулитах) и дистрофических изменениях стенок кровеносных сосудов [5; 8].

Существенную роль в развитии сенсоневральной тугоухости играют изменения гемодина-

мики и микрогемодикуляции внутреннего уха, а также различные биохимические нарушения, дисфункция вегетативной нервной системы, влияющей на тонус сосудов, мембранные комплексы форменных элементов крови [1; 3]. Единственный источник кровоснабжения внутреннего уха — лабиринтная артерия (конечная ветвь системы базилярной артерии). Относясь к терминальным сосудам, последняя имеет в стенках гладкую мускулатуру, и поэтому кровоснабжение улитки зависит от общего артериального давления и от состояния гемодинамики мозгового кровообращения [4]. В одних случаях сосудистые нарушения являются непосредственной причиной сенсоневральной тугоухости (например, гипертоническая болезнь, атеросклероз, нарушения кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне), в других — имеют вторичный характер: при вирусных инфекциях, аутоиммунных состояниях.

При отсутствии патологии магистрального кровоснабжения органа микрососудистая недостаточность может быть вызвана изменением тонуса сосудов, возникающим, как правило, на фоне повышения агрегации тромбоцитов и гиперкоагуляции [6; 7].

Цель исследования

Оценить роль нарушений в системе гемостаза в развитии сенсоневральной тугоухости.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 32 пациентов с диагнозом «сенсоневральная тугоухость 2—3 степени», прошедших лечение по данному заболеванию в оториноларингологическом отделении МАУ «ГКБ № 40». Всем пациентам на диагностическом этапе было проведено исследование показателей свертывающей системы крови.

Результаты и их обсуждения

При анализе результатов показателей свертывающей системы крови было установлено, что

у всех обследуемых пациентов наблюдалось пропорциональное увеличение показателей гемостаза. В таблице 1 представлены результаты анализа показателей свертывающей системы крови у обследуемых пациентов со 2, 3-й степенью сенсоневральной тугоухости [2].

Данные обследования подтверждают значимость сосудистого генеза тугоухости у большинства лиц и его первостепенное значение при развитии сенсоневральной тугоухости. Текучесть крови по микрососудам во многом определяется белково-липидным составом плазмы. Также было установлено, что чем выше общая концентрация липидов, тем больше выражены нарушения микроциркуляции.

Выводы

1. Детальное изучение показателей системы свертывания крови у пациентов с сенсоневральной тугоухостью имеет важную роль на этапе обследования.

2. Знание состояния свертывающей системы крови у пациентов с перцептивным типом нарушения слуха позволяет обеспечить последующее оптимальное лечение.

Таблица 1

Результаты анализа состояния свертывающей системы крови у пациентов со 2, 3-й степенью тугоухости ($M \pm m$)

Параметр	Показатели у пациентов (n = 32)
Протромбиновый индекс	92,13 ± 1,19*
Агрегация тромбоцитов с АДФ	22,44 ± 0,54**
Фибриноген А г/л	2,57 ± 0,11*
Тромбиновое время	21,08 ± 0,63*
Антитромбиновый резерв плазмы (%) до лечения	95,06 ± 1,46*

*Примечание. Достоверные различия: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ по сравнению с нормой.*

Литература

1. Азиева, З. О. Сенсоневральная тугоухость с точки зрения этиологии и патогенеза / З. О. Азиева // Кубанский научный медицинский вестник. — 2016. — № 2 (157). — С. 161—164.
2. Ван-дер-Варден, Б. Л. Математическая статистика / Б. Л. Ван-дер-Варден. — М.: Издательство иностранной литературы, 1960. — 434 с.
3. Макова, З. С. Влияние низкоинтенсивного лазера на динамику биогенных аминов и гепарина в комплексном лечении сенсоневральной тугоухости и болезни Меньера / З. С. Макова, Д. С. Гордон, А. А. Назипов, А. Н. Мардарьев // Краткие сообщения. Вестник интенсивной терапии. — 2000. — № 4. — С. 85—86.
4. Пальчун, В. Т. Отоларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 520 с.
5. Хандажапова, Ю. А. Диагностика и лечение нейросенсорной тугоухости на фоне нарушений кровотока в позвоночных артериях / Ю. А. Хандажапова, М. В. Солдатенко // Российская оториноларингология. — 2006. — №1 (20). — С. 169—172.
6. Шмидт Е. В. Заместительное кровоснабжение при закупорке кровоснабжающих мозг сосудов / Е. В. Шмидт, Л. К. Брагина // Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — 1969. — Т. 2. — С. 370—371.

7. Di Nardo, W. Transtympanic electrical stimulation for immediate and long-term tinnitus suppression / W. Di Nardo, F. Cianfrone, A. Scorpecci et al. // [Journal Article] Int Tinnitus J. — 2009. — 15(1). — P. 100–106.

8. Kunert, W. Pathologische Veränderungen an der Arteria vertebralis and ihre Bedeutung für die cerebrale Durchblutung / W. Kunert // Dtsch. Arch. klin./ med. — 1957. — Bd. 204. — S. 375.

Адрес для переписки: kse_sh@mail.ru

.....

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

УДК 616.329-071

Р.И. Акименко, О.М. Хромцова, И.Б. Хлынов

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен обзор литературных данных о ведущих патогенетических механизмах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и современных функциональных методах диагностики заболеваний пищевода — рН-метрии, импедансометрии и манометрии высокого разрешения.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастроэзофагеальный рефлюкс, рН-импедансометрия, манометрия высокого разрешения.

FUNCTIONAL METHODS IN DIAGNOSTING OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (LITERATURE REVIEW)

R.I. Akimenko, O.M. Khromtsova, I.B. Khlynov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents an overview of the literature data on the leading pathogenetic mechanisms of gastroesophageal reflux disease and modern functional methods for diagnosing esophageal diseases - pH-metry, impedance-monitoring and high-resolution manometry.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, gastroesophageal reflux, pH-impedance monitoring, high-resolution manometry.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является широко распространенным заболеванием пищеварительной системы: по различным данным, частота встречаемости ГЭРБ в России составляет 18–46% [2]. Изучение симптомов ГЭРБ по данным опросника FSSG (Frequency Scale for Symptoms of GERD) в Свердловской области продемонстрировало, что общее количество лиц, испытывающих изжогу, составляет 57,9% респондентов, причем изжога возникает «постоянно» (2 раза в неделю и более) у 5,7% опрошенных, «часто» (1 раз в неделю) — у 13,1%, «иногда» (реже 1 раза в неделю) — 39,1%, «никогда» и «случайно» — у 42,1% опрошенных [10].

Актуальность изучения ГЭРБ обусловлена как ее широкой распространенностью, так и склонностью заболевания к прогрессированию и развитию осложнений: кровотечений из язв и эрозий, пептических стриктур пищевода и пищевода Барретта (ПБ). Ранний диагноз и своевременное лечение ГЭРБ является крайне важным по причине того, что длительно текущий рефлюкс-эзофа-

гит является ключевым фактором риска развития ПБ, предиктора аденокарциномы пищевода.

Цель работы

Провести анализ современных литературных данных о патогенезе и методах функциональной диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни — рН-метрии, импедансометрии, манометрии высокого разрешения.

Патогенез ГЭРБ является комплексным и включает нарушения на уровне пищевода, гастроэзофагеального перехода, желудка и воздействие ряда других факторов, приводящих к развитию патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) — ретроградного продвижения содержимого желудка в пищевод.

Содержимое пищевода имеет близкие к нейтральным показатели рН — от 6,0 до 7,0. Содержимое желудка, в результате секреции париетальными клетками соляной кислоты с ее последующим поступлением по специальным ионным каналам в просвет желудка, имеет более кислые

значения pH — от 1,6 до 2,5 в теле, до 5,0 и более — в антральном отделе желудка. Протеолитические ферменты пепсин и трипсин оказывают повреждающее воздействие на эпителий СО пищевода путем переваривания клеточных мембран и разрушения внутриклеточных структур, но лишь в сочетании с соляной кислотой, оказывающей на них активирующее действие при $\text{pH} < 4$ [12].

Отдельной разновидностью рефлюкса является дуоденогастро-эзофагеальный рефлюкс (ДГЭР), при котором в пищевод может попадать содержимое двенадцатиперстной кишки. Наиболее выраженное повреждающее действие оказывают желчные кислоты и трипсин [21]. Желчные кислоты нарушают целостность СО пищевода через детергентное воздействие на клеточные мембраны и межклеточные соединения; известно, что липофильное состояние способствует проникновению желчных кислот в СО и повреждению клеточных мембран [22].

Спонтанный заброс содержимого желудка и ДПК в пищевод может встречаться и у здоровых людей [12]. Эпизоды рефлюкса считаются нормальными физиологическими актами, если развиваются после приема пищи, не сопровождаются развитием симптоматики, имеют суммарную продолжительность не более 1 часа за сутки, развиваются не более 50 раз за сутки и преимущественно днем. Патологическими считаются частые и/или продолжительные эпизоды рефлюкса, регистрирующиеся как в дневное, так и в ночное время, сопровождающиеся развитием клинической симптоматики и/или повреждением СО пищевода [9; 11].

Пищевод обладает рядом мощных антирефлюксных механизмов, к которым относятся пищеводный клиренс, защитные свойства СО пищевода и антирефлюксные барьеры гастроэзофагеального соединения.

Пищеводный клиренс — это время элиминации химического раздражителя из полости пищевода. Перистальтика пищевода считается механическим компонентом клиренса — за счет нее происходит удаление 90% объема рефлюктата, химический клиренс реализуется за счет бикарбонатов слюны, обеспечивающих поддержание нейтральных значений pH. Нормальному очищению пищевода также способствуют прием пищи и жидкости, гравитация и синтез муцина подслизистыми железами СО пищевода [7; 12].

Резистентность СО по отношению к повреждающему действию компонентов рефлюктата обеспечивается трехуровневой защитой. Преэпителиальная защита представлена слоем слизи, выстилающим стенку пищевода и состоящим из проглатываемой слюны и секрета собственных

глубоких желез пищевода. Эпителиальная защита СО пищевода включает в себя структурный и функциональный компоненты. Структурный компонент представляет собой физические структуры клеток многослойного плоского неороговевающего эпителия, а функциональной составляющей являются клеточные и межклеточные буферные системы, нейтрализующие кислоту, попадающую в межклеточное пространство. К постэпителиальным механизмам защиты относятся кислотно-основное состояние ткани и адекватное кровоснабжение СО пищевода [7].

Функцию антирефлюксного барьера на уровне гастроэзофагеального перехода выполняют нижний пищеводный сфинктер (НПС), диафрагмально-пищеводная связка, ножки диафрагмы, протяженность абдоминальной части пищевода, угол Гиса (угол впадения пищевода в желудок, в норме его размеры составляют от 20 до 90 градусов), складка Губарева, образованная слизистой розетки кардии [4].

НПС обладает специфической автономной моторной деятельностью, в покое нормальное давление на уровне НПС составляет приблизительно 20–25 мм рт. ст. Активация симпатических рефлексов усиливает тонус НПС, расслабление НПС стимулируется блуждающим нервом в результате рецептивно-релаксационного рефлекса, действующего при участии тормозных холинергических неадренергических нейронов межмышечного сплетения. Тонус сфинктера изменяется в зависимости от фаз дыхания, положения тела, приема пищи; в ночное время тонус НПС максимальный, а при приеме пищи снижается. Было установлено, что гипотонии НПС способствуют никотин, алкоголь, кофеин, шоколад, мята перечная, некоторые группы лекарственных средств (антихолинергические препараты, бензодиазепины, опиоиды, нифедипин, верапамил, изопреналин, теofilлин), а также гормональные факторы (высокая эстрогемия и прогестеронемия при беременности) [3; 5].

Несмотря на очевидную взаимосвязь между снижением тонуса НПС и возникновением ГЭР, некоторые данные свидетельствуют о том, что у больных ГЭРБ около 50–80% эпизодов патологических рефлюксов возникает преимущественно в процессе преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера (ПРНПС), которые не связаны с актом глотания и могут длиться от 3 до 30 секунд [11; 17]. Растяжение желудка, увеличивающее градиент давления в гастроэзофагеальном переходе, является основным причинным фактором появления ПРНПС [12]. Посредством ПРНПС желудок освобождается от проглоченного во время еды воздуха или углекислого газа, содержащегося в газированных напитках [23]. ПРНПС является

нормальным компонентом моторики органов гастроэзофагеальной зоны и встречается как у здоровых людей, так и у пациентов с ГЭРБ, а увеличение количества ПРНПС после приема пищи является основным механизмом физиологического постпрандиального ГЭР [19].

Таким образом, при возникновении ГЭР по причине несостоятельности компонентов антирефлюксной защиты результат воздействия рефлюктата на СО пищевода определяется составом рефлюкса, длительностью воздействия (определяемого адекватностью клиренса пищевода) и собственной резистентностью СО.

ГЭРБ подразделяется на эрозивную и неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ). Эрозивная ГЭРБ характеризуется повреждением слизистой оболочки пищевода в виде эрозивно-язвенного эзофагита. НЭРБ — это «субкатегория» ГЭРБ, включающая обязательное наличие симптомов, вызванных гастроэзофагеальным рефлюксом и снижающих качество жизни, при которой в отсутствие антисекреторной терапии эндоскопическое исследование не обнаруживает повреждений слизистой оболочки пищевода. НЭРБ является преобладающей по частоте формой ГЭРБ и встречается приблизительно в 60% случаев у больных с эзофагеальными симптомами [16].

Клиническая картина ГЭРБ в настоящее время изучена достаточно. Согласно Монреальской классификации к типичным симптомам ГЭРБ относят изжогу, дисфагию, одинофагию, боль в груди по ходу пищевода, отрыжку и регургитацию. Также выделяют внепищеводные, или «нетипичные» проявления ГЭРБ, которые подразделяют на бронхолегочные, отоларингологические и стоматологические проявления [3].

Диагностику ГЭРБ целесообразно начинать с детального расспроса жалоб и анамнеза, анализа клинической картины заболевания. В арсенале клинициста также имеется значительное количество инструментальных методов диагностики.

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ признана 24-часовая рН-метрия пищевода, чувствительность и специфичность которой в отношении выявления кислого ГЭР составляет 88–96% и 85–100% соответственно [18]. рН-метрия — это процесс измерения концентрации водородных ионов непосредственно в желудочно-кишечном тракте с помощью рН-зонда и соответствующего регистрирующего прибора. 24-часовая рН-метрия пищевода позволяет выявить наличие и частоту кислых ГЭР, их взаимосвязь с симптомами, зависимость их появления от различных факторов, оценить эффективность антисекреторной терапии у пациентов как с типичными, так и с внепищеводными проявлениями ГЭРБ [9].

Для оценки результатов 24-часовой рН-метрии пищевода в 1985 г. L.F. Johnson и T.R. DeMeester был предложен обобщенный показатель DeMeester, который служит критерием наличия патологического рефлюкса у пациентов с ГЭРБ, в норме не превышающий 14,72. При расчете показателя DeMeester учитываются: общий процент времени суток, в течение которого регистрируют рН < 4,0; процент времени суток, в течение которого регистрируют рН < 4,0 в горизонтальном положении пациента; процент времени, в течение которого регистрируют рН < 4,0 в вертикальном положении пациента; общее число рефлюксов с рН < 4,0 за сутки; число рефлюксов с рН < 4,0 продолжительностью более 5 мин. за сутки; длительность наиболее продолжительного рефлюкса за сутки [13]. Выделяет четыре категории в зависимости от уровня рН: кислотные рефлюксы (рН < 4,0); наложенные кислотные, или ре-рефлюксы — это забросы желудочного содержимого в пищевод, уже содержащий рефлюктат; слабокислые (рН > 4,0 и < 7,0) и слабощелочные (рН > 7,0) рефлюксы, объединенные в группу не-кислотных [20].

При анализе рН-грамм для выявления связи кислых рефлюксов с симптомами автоматически рассчитываются индекс симптома (symptom index, SI), индекс чувствительности симптома (symptom sensitivity index, SSI) и вероятность ассоциации симптома с рефлюксом (symptom association probability, SAP) [6].

Ценным дополнением к методу рН-метрии является импедансометрия пищевода, основанная на измерении комплексного электрического сопротивления (импеданса), которое изменяется в ответ на любые внутрипросветные колебания. При возникновении рефлюкса происходит снижение импеданса более чем на 50% от исходного уровня, движущееся в проксимальном направлении. Данная методика позволяет регистрировать все типы рефлюкса, независимо от значения рН рефлюктата и его физического состояния (газ, жидкость), а также клиренс болюса, попавшего в пищевод во время рефлюкса [14; 20].

Рефлюксы, регистрируемые при импедансометрии, подразделяют на жидкостные, газовые и смешанные. Жидкостный рефлюкс определяют как ретроградное падение импеданса на 50%, начинающееся дистально и распространяющееся в проксимальном направлении. Газовый рефлюкс определяют как быстрое увеличение импеданса при отсутствии глотания. Смешанные рефлюксы определяют как газовые рефлюксы, возникающие немедленно после или совместно с жидкостным рефлюксом. В дальнейшем жидкостные и смешанные рефлюксы описывают с помощью

анализа уровня рН как кислые, слабо-кислые или слабо-щелочные [24].

Таким образом, данная комбинированная методика позволяет выявить наличие основного патофизиологического механизма ГЭРБ — гастроэзофагеального рефлюкса, его связь с симптомами и основные характеристики, а также наличие нарушений моторики пищевода.

Представлены результаты применения 24-часовой рН-импедансометрии в клинической практике на базе ЕМЦ «УГМК-Здоровье» (г. Екатеринбург). 24 пациентам с неэрозивной формой ГЭРБ (10 (42%) мужчин и 14 (58%) женщин, средний возраст 51 (46–61) год) была проведена суточная рН-импедансометрия пищевода. Патологические значения рН-импедансометрии выявлены у 100% больных. Кислые рефлюксы зарегистрированы у 71% пациентов, щелочные рефлюксы — у 87,5% пациентов, причем их сочетание определялось у 58% пациентов. Число щелочных рефлюксов было больше, чем кислых рефлюксов, в 83% рН-импедансограмм, а количество кислых рефлюксов превалировало лишь в 17%. Отклонение от нормальных значений распределения рефлюксов по составу регистрировалось в 62,5% случаев, в 73% аномальных рН-импедансограмм преобладали смешанные рефлюксы, в 20% — жидкие рефлюксы, в 7% — газовые рефлюксы [1].

Современным и перспективным методом функциональной диагностики двигательных расстройств пищевода является манометрия высокого разрешения (МВР).

МВР — это высокотехнологичный метод исследования двигательной функции пищевода, при котором используются многоканальные катетеры, оснащенные многочисленными датчиками давления, расположенными на расстоянии 1 см друг от друга. Данная методика позволяет в режиме реального времени наблюдать продвижение перистальтической волны по пищеводу, оценивать показатели внутрипищеводного давления, координату моторики грудного отдела пищевода, верхнего и нижнего пищеводного сфинктеров [8]. Изменения, выявляемые при проведении МВР, систематизированы в Чикагской классификации 3-го пересмотра [15].

Литература

1. Акименко, Р. И. Значение рН-импедансометрии в диагностике НЭРБ / Р. И. Акименко, И. Б. Хлынов, О. В. Морозова, О. М. Хромцова // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, III Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование». — 2018. — Т. 1. — С. 244–249.
2. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2017. — № 27. — С. 75–95.

С учетом данных о значительной роли нарушений двигательной активности пищевода в патогенезе ГЭРБ целесообразным является применение МВР у данной категории больных для определения давления покоя в НПС, наличия ПРН-ПС, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дефектов перистальтики грудного отдела пищевода. Выявить сочетание ПРНПС с ГЭР, определить высоту его распространения и рассчитать время объемного клиренса пищевода позволяет комбинированная методика МВР и импедансометрии.

Заключение

В заключение важно отметить, что современные функциональные методы диагностики заболеваний пищевода, применяемые у больных ГЭРБ, позволяют выявить индивидуальные особенности патогенеза у каждого конкретного пациента.

рН-метрия определяет наличие и частоту кислых ГЭР, их взаимосвязь с симптомами, провоцирующие факторы и позволяет оценить эффективность антисекреторной терапии.

Импедансометрия является ценным дополнением при проведении рН-метрии, обеспечивает регистрацию всех типов рефлюкса, независимо от состава рефлюктата, и позволяет оценить моторику пищевода.

По результатам собственного исследования 24 пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ рН-импедансометрия выявила отклонения изучаемых параметров у 100% больных НЭРБ, что подтверждает диагностическую ценность данного метода. Были выявлены значительные колебания характеристик рефлюктата у больных НЭРБ.

Манометрия высокого разрешения является новым и перспективным методом диагностики заболеваний пищевода и дополняет данные, получаемые при рН-метрии и импедансометрии.

Внедрение рН-метрии, импедансометрии и манометрии высокого разрешения в клиническую практику существенно расширяет диагностические возможности и позволяет произвести подбор персонализированной терапии с учетом индивидуальных особенностей патогенеза каждого пациента с ГЭРБ.

3. Ивашкин, В. Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические и фармакологические аспекты / В. Т. Ивашкин, Ю. О. Шульпекова // РМЖ. — 2002. — Т. 10. — № 4. — С. 200—212.
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебно-методическое пособие / под ред. И. В. Маева. — М.: ВУНМЦМЗРФ, 2000. — 49 с.
5. Маев, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам / И. В. Маев, Д. Н. Андреев, Д. Т. Дичева // Consilium medicum. — 2013. — Т. 15. — № 8. — С. 30—34.
6. pH-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта: учебно-методическое пособие / под ред. Ф. И. Комарова. — М., 2005. — 207 с.
7. Сторонова, О. А. Роль защитных факторов слизистой оболочки пищевода в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О. А. Сторонова, А. С. Трухманов, В. Т. Ивашкин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2014. — № 5. — С. 37—42.
8. Сторонова, О. А. Манометрия высокого разрешения в клинической практике: анализ двигательной функции пищевода в соответствии с Чикагской классификацией / О. А. Сторонова, А. С. Трухманов, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2018. — № 28. — С. 11—23.
9. Трухманов, А. С. Клиническое значение 24-часовой pH-метрии в диагностике и оценке эффективности лекарственных препаратов у больных с заболеваниями пищевода и желудка / А. С. Трухманов, О. А. Сторонова, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2016. — № 26. — С. 55—68.
10. Чикунова, М. В. Гендерные и возрастные особенности распространенности изжоги в популяции / М. В. Чикунова, О. М. Хромцова, И. Б. Хлынов // Лечебное дело. — 2016. — № 1. — С. 33—38.
11. Dent, J. Pathogenesis of gastroesophageal reflux disease and novel options for its therapy / J. Dent // Neurogastroenterology and Motility. — 2008. — Vol. 20. — № 1. — P. 91—102.
12. Boeckxstaens, G. E. Review article: the pathophysiology of gastroesophageal reflux disease / G. E. Boeckxstaens // Alimentary Pharmacology and Therapeutics. — 2007. — Vol. 26. — P. 149—160.
13. Johnson, L. F. Development of 24-hour intraesophageal pH monitoring composite scoring system / L. F. Johnson, T. R. DeMeester. — Esophageal Disorders: Pathophysiology and Therapy. — Raven Press, 1985. — P. 561—570.
14. Kandulski, A. Esophageal Intraluminal Baseline Impedance Differentiates Gastroesophageal Reflux Disease From Functional Heartburn / A. Kandulski // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2015. — № 13. — P. 1075—1081.
15. Kahrilas, P. J. The Chicago Classification of Esophageal Motility Disorders, v3.0. / P. J. Kahrilas et al. // Neurogastroenterology and Motility. — 2015. — № 27. — P. 160—174.
16. Modlin, I. M. Diagnosis and management of non-erosive reflux disease—the Vevey NERD Consensus Group / I. M. Modlin, R. H. Hunt, P. Malfertheiner et al. // Digestion. — 2009. — № 80. — P. 74—88.
17. Pandolfino, J. E. Transient lower esophageal sphincter relaxations and reflux: mechanistic analysis using concurrent fluoroscopy and high-resolution manometry / J. E. Pandolfino, Q. G. Zhang, S. K. Ghosh // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 131. — P. 1725—1733.
18. Patti, M. G. Role of Esophageal Function Tests in Diagnosis of Gastroesophageal Reflux Disease / M. G. Patti, A. Tamburini, D. Molena, L.W. Way // Digestive Diseases and Sciences. — 2001. — Vol. 46. — № 3. — P. 597—602.
19. Sifrim, D. Transient lower esophageal sphincter relaxations: how many or how harmful? / D. Sifrim, R. Holloway // American Journal of Gastroenterology. — 2001. — № 96. — P. 2529—2532.
20. Sifrim, D. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux / D. Sifrim, D. Castell, J. Dent, P. J. Kahrilas // Gut. — 2004. — № 53. — P. 1024—1031.
21. Vaezi, M. F. Role of acid and duodenogastroesophageal reflux in gastroesophageal reflux disease / M. F. Vaezi // Gastroenterology. — 1996. — Vol. 111. — № 5. — P. 1192—1199.
22. Vaezi, M. F. Duodenogastroesophageal reflux / M. F. Vaezi, J. E. Richter // Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. — 2000. — № 14. — P. 719—729.
23. Wu, J. C. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation / J. C. Wu, P. M. Mui, C. M. Cheung // Digestion. — 2007. — Vol. 132. — № 3. — P. 883—889.
24. Zerbib, F. Normal Values of Pharyngeal and Esophageal 24-Hour pH Impedance in Individuals on and off Therapy and Interobserver Reproducibility / F. Zerbib, S. Roman, S. Bruley Des Varannes, G. Gourcerol // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2013. — Vol. 11. — № 4. — P. 366—372.

Адрес для переписки: reginaakimenko1708@gmail.com

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

УДК 575.21:616-091.8-007.17:159.9

А.В. Акимова, В.А. Миронов, В.В. Гагиев, П.А. Палабугина, Е.В. Тарасова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье изложены результаты исследования клинических, фенотипических проявлений и психоэмоционального статуса молодых людей с дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, боль, тревога, депрессия, многостороннее исследование личности.

PHENOTYPIC, CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

A.V. Akimova, V.A. Mironov, V.V. Gagiev, P.A. Palabugina, E.V. Tarasova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents the results of the survey of persons with connective tissue dysplasia, and the results of MMPI in the main and control groups of the study.

Keywords: connective tissue dysplasia, pain, anxiety, depression, MMPI.

Введение

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — это генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к нарушению формообразования органов и систем, имеющее прогрессирующее течение, определяющее особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарств.

В зависимости от особенностей этиологического фактора целесообразно выделять наследственные нарушения соединительной ткани и недифференцированные формы. К дифференцированным формам относят синдромы Марфана и Элерса — Данло, несовершенный остеогенез и др. Клинические проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) не укладываются ни в одну из известных дифференцированных наследственных болезней, поэтому выделяют марфанOIDный, элерсоподобный и MASS-подобный фенотипы (по первым буквам наиболее частых фенотипических признаков ДСТ — Mitral valve (митральный клапан), Aorta (аорта), Skeleton (скелет), Skin (кожа)), предполагая единую генетическую сущность данных состояний, а также пограничный пролапс митрального клапана, доброкачественную гипермобильность суставов и неклассифицируемый фенотип.

Распространенность наследственных форм невелика. Так, частота синдрома Марфана в популяции — 1:10000 — 1:15000. Напротив, НДСТ диагностируется в России достаточно часто: около 8,5%

в выборке из 400 человек [1]. По данным литературы, распространенность отдельных внешних признаков чрезвычайно высока: единичные внешние признаки обнаруживаются у 94% лиц молодого возраста. Данные о частоте встречаемости ДСТ у молодежи разноречивы: по мнению ряда авторов, колеблются от 13,0% до 85,4% [3]. Несмотря на возрастающий с каждым годом интерес к проблеме ДСТ, в самостоятельную нозологию данный синдром не выделен. Синдромы дифференцированной ДСТ и НДСТ можно найти в отдельных рубриках XIII, XVII классов МКБ-10 [4].

Выделяют следующие клинические синдромы, характерные для ДСТ: синдром неврологических нарушений, астенический, клапанный, торакодиафрагмальный, сосудистый, аритмический, бронхолегочный, висцеральный, синдром иммунологических нарушений, патологии органа зрения, патологии стопы, гипермобильности суставов, нарушения психической сферы [1].

НДСТ часто не диагностируется, протекает под маской другой патологии. В результате определение истинной частоты данного синдрома в популяции затруднено, так как ДСТ может проявляться у пациентов лишь несколькими малозаметными признаками [5].

Лица с ДСТ обращаются к врачам в 6 раз чаще ($t = 5,3$; $p < 0,001$), чем другие категории населения. Удельный вес пациентов с ДСТ среди лиц молодого возраста с синдромом внезапной смерти находится на уровне 18—24,7%. Считается, что основными синдромами, определяющими танатогенез у лиц с ДСТ, являются аритмический, клапанный, сосудистый, торакодиафрагмальный,

синкопе и пресинкопе [6].

Таким образом, не вызывает сомнений **актуальность** изучения различных вариантов синдрома ДСТ, так как проблема далека от окончательного решения и несомненно, что проведение полномасштабных эпидемиологических исследований распространенности ДСТ в популяции является насущной задачей.

Синдром ДСТ — патологическое состояние, на фоне которого течение других заболеваний имеет свои особенности, требующие тщательной оценки фенотипических проявлений в совокупности со своеобразием клинической картины (аритмия, спонтанный пневмоторакс, синдром вегетативной дисфункции и др.). Это диктует необходимость дальнейшего углубленного изучения данного синдрома не только для разработки его диагностических критериев, но и для создания профилактических и лечебных стратегий у данной категории пациентов [7].

Цель исследования

Проведение комплексной оценки клинических, фенотипических и психологических особенностей у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования

На первом этапе проведено кросс-секционное исследование молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет. В исследовании на основе добровольного информированного согласия приняли участие 67 молодых людей, студентов УГМУ и военнослужащих, с медианой возраста 22 (20ч23) года. У всех обследуемых определялись внешние фены ДСТ по карте, специально разработанной для данного исследования на основании Национальных рекомендаций Российского научного медицинского общества терапевтов 2015 года [5]. Учитывались следующие внешние фены ДСТ: долихостеномелия, арахнодактилия, симптомы 1 пальца и запястья, оттопыренные, «мятые» уши, приросшая мочка, высокое арковидное небо, аномальный рост зубов и прикус, диастема, нестабильность и подвывихи суставов, переразгибание коленных и локтевых суставов, тесты 1 пальца и разгибания кисти, genu valgum, genu valgus, поперечное плоскостопие, косолапость, плосковальгусная стопа, сандалевидная щель, синдактилия 2 и 3 пальцев стопы, короткий 1 палец стопы, hallux valgus, остеохондроз, нестабильность шейного отдела позвоночника, астеническая, воронкообразная или килевидная грудная клетка, сколиоз, крыловидные лопатки, «прямая» спина, гиперкифоз, гиперлордоз, варикозное расширение вен, варикоцеле, диастаз

прямых мышц живота, грыжи, косоглазие, голубые склеры, гипо/гипертелоризм, повышенная растяжимость кожи, белые стрии, множественные родинки, депигментации. При выявлении менее 6 фенов регистрировалось отсутствие ДСТ (ВНОК, 2012).

Всем обследуемым проводилось исследование психоэмоционального статуса с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Многостороннее исследование личности (МИЛ) на основании Миннесотского многофакторного личностного опросника ММПІ в модификации Ф.Б. Березина и соавт. [2]. Выраженность болевых синдромов различных локализаций определяли с помощью визуальной аналоговой шкалы боли.

На втором этапе проводилось сравнительное исследование. При выявлении 6 и более внешних фенов обследуемого включали в основную группу (n = 43); лица, имеющие менее 6 внешних фенов, составили группу контроля (n = 24).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0 и Biostat, различия между группами оценивали с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, различия частоты признака в группах оценивали с помощью критерия χ^2 , достоверность различий значима при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Внешние фены ДСТ в разном количестве были выявлены у 100% обследованных. Частота НДСТ с количеством внешних фенов 6 и более составила среди молодых людей 64,2%, что не противоречит данным литературы [1,3,6].

У лиц с НДСТ достоверно чаще встречаются следующие фены: плоскостопие ($p = 0,004$), положительный тест запястья ($p = 0,000$), астеническая грудная клетка ($p = 0,022$), гипермобильность I пальца кисти ($p = 0,002$), тест I пальца ($p = 0,02$), переразгибание локтевого сустава ($p = 0,000$), переразгибание кисти ($p = 0,01$), высокое арковидное небо ($p = 0,05$), синдактилия II—III пальцев стопы ($p = 0,05$). Эти фены можно считать наиболее значимыми при диагностике НДСТ. При высокой встречаемости приросшей мочки уха и сколиоза, данные признаки сравнимо часто встречаются в обеих группах ($p > 0,05$). Выявлена тенденция к более высокой частоте аномалий прикуса, переразгибания коленных суставов и множественных родинок в группе ДСТ.

Результаты сравнительного исследования клинических и психологических особенностей у лиц с НДСТ: группы были сравнимы по возрасту, но группа НДСТ имела достоверно меньшие

показатели ИМТ ($p = 0,007$). Это может быть связано с мышечной гипотрофией и с более низкой плотностью костной ткани при ДСТ. Обследуемых с НДСТ больше беспокоят артралгии ($p = 0,037$). Частота болей других локализаций в основной и контрольной группах не различалась.

По результатам МИЛ пациенты с НДСТ достоверно отличались более низкими показателями по шкале социальной интроверсии ($p = 0,029$). По шкалам психопатии и феминности также наметилась тенденция к более низким результатам по сравнению с группой контроля ($p = 0,07$ и $p = 0,16$ соответственно), а по шкале ипохондрии — к более высоким показателям ($p = 0,1$). Таким образом, лица с НДСТ показали себя менее открытыми, менее склонными к демонстративным реакциям и конфликтам, и вместе с тем они больше обращают внимание на свои симптомы.

Литература

1. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2016. — Т. 11, № 1. — С. 2—76.
2. Березин, Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с., ил.
3. Земцовский, Э. В. Диагностика наследственных нарушений соединительной ткани / Э. В. Земцовский, Э. Г. Малев, С. В. Реева и др. // Трансляционная медицина. — 2015. — № 2 (5). — С. 73—82.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр. ВОЗ. — М.: Медицина, 1995. — 1 (3). — 665 с.
5. Каргаполова, М. П. Особенности ремоделирования сердца и сосудов в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани при различных уровнях артериального давления: дис. ... канд. мед. наук / М. П. Каргаполова. — Челябинск, 2013. — 153 с.
6. Евтушенко, С. К. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение). Руководство для врачей / С. К. Евтушенко, О. С. Евтушенко, Е. В. Лисовский. — М., 2009.
7. Тябут, Т. Д. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани / Т. Д. Тябут, О. М. Каратыш // Современная ревматология. — 2009. — № 2.

Адрес для переписки : anna_v_akimova@mail.ru

ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

УДК 616.12-008.46

А.Н. Андреев, А.И. Милащенко, М.С. Ибрагимов, А.В. Ветров

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В обзоре обобщены данные современной литературы по диагностике сердечной недостаточности с нормальной и промежуточной фракцией выброса. Более половины пациентов с симптомами сердечной недостаточности имеют фракцию выброса более 40%, что не является значительным снижением сократимости миокарда. Подтверждение диагноза ХСН в данном случае сложно и основывается на тщательной оценке клинических проявлений, результатов тканевого доплера, доплер-эхокардиографии, уровня биомаркеров, а также инвазивных методов оценки гемодинамики.

Ключевые слова: фракция выброса, диастолическая дисфункция, хроническая сердечная недостаточность.

DIAGNOSIS OF HEART FAILURE WITH PRESERVED AND MIDRANGE EJECTION FRACTION IN MEDICAL PRACTICE

A.N. Andreev, A.I. Milashchenko, M.S. Ibragimov, A.V. Vetrov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article summarizes the data in the modern literature about know diagnosis and treatment of heart failure with preserved ejection fraction. Diagnosis of heart failure with normal and midrange ejection fraction is frequently challenging and relies upon careful clinical evaluation, tissue Doppler imaging, echo-Doppler cardiography, the level of natriuretic peptides and invasive haemodynamic assessment.

Keywords: ejection fraction, diastolic dysfunction, chronic heart failure.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является заболеванием с высокой социально-экономической значимостью. Синдром хорошо изучен, разработаны алгоритмы диагностики и лечения, однако несмотря на это ХСН продолжает удерживать лидирующие позиции среди причин смертности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Примечателен тот факт, что более чем у половины пациентов с симптомами сердечной недостаточности фракция выброса (ФВ) левого желудочка не является нарушенной [1; 2; 3; 4]. Значимость данной патологии была признана лишь в 80-х годах прошлого столетия, когда Н. Echeverria и А. Doudherty доказали, что у части больных с клинически очевидной сердечной недостаточностью развитие декомпенсации не связано с явным нарушением сократительной способности миокарда [5; 6]. Такие пациенты составляют особую группу, поскольку в ряде крупных рандомизированных клинических исследований был показан достаточно неопределенный эффект терапии ХСН в сравнении с пациентами, имеющими сниженную ФВ [7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14]. На сегодня лечение ХСН с сохраненной и промежуточной ФВ имеет в большей степени эмпирический характер. Хорошая доказательная база получена только относительно строгого контроля артериального давления и тахикардии, уменьшения гиперволемии, ишемии миокарда, нейрогуморальной активации. Небольшие клинические исследования свидетельствуют, что пациентам с СНнФВ может быть полезна физическая нагрузка [15; 16].

Ранжирование пациентов с ХСН по ФВ долгое время являлось предметом для обсуждения среди исследователей. Предлагались разные варианты групп, долгое время не утихали споры относительно нормальной величины ФВ. Сегодня, согласно рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2016 года по диагностике и лечению сердечной недостаточности, ФВ более 50% считается нормальной, ФВ от 40% до 49% означает умеренно сниженную систолическую функцию. Таким образом, выделяют 3 группы пациентов с

ХСН и: 1) нормальной ФВ $\geq 50\%$; 2) промежуточной ФВ от 40% до 49%; 3) сниженной ФВ $< 40\%$.

Доказано, что развитие ХСН у пациентов с ФВ более 40% главным образом обусловлено наличием диастолической дисфункции и реже — некоторыми другими причинами. Позднее в ходе ряда исследований было установлено, что фракция выброса и другие показатели сократимости не являются определяющими в толерантности к физической нагрузке, не связаны с тяжестью сердечной недостаточности и не являются достоверными предикторами смертности больных с ХСН.

Диастолическая дисфункция (ДД) — это нарушение фазы диастолы, из-за чего страдает способность сердца расслабляться и наполняться. Наличие ДД не означает присутствия у пациента ХСН. О синдроме сердечной недостаточности можно говорить только в случае, если диастолические нарушения сопровождаются клиническими признаками ХСН, если таковых нет — речь идет только о ДД [17].

Поскольку симптомы и признаки ХСН могут появляться и при экстракардиальной патологии, отсутствие выраженного нарушения ФВ создает определенные трудности в подтверждении диагноза.

Для подтверждения диагноза ХСН у пациента с ФВ более 40%, согласно алгоритму ЕОК от 2016 года, у больного должны быть симптомы и признаки ХСН.

1. Клинические симптомы ХСН:

типичные:

- одышка;
- ортопноэ;
- пароксизмальная ночная одышка;
- снижение переносимости физической нагрузки;
- утомляемость, усталость, увеличение времени восстановления после физической нагрузки;
- отеки лодыжек;

менее типичные:

- ночной кашель;
- свистящее дыхание;

- ощущение раздувания живота;
- депрессия;
- спутанность сознания;
- потеря аппетита;
- обмороки;
- головокружение;
- сердцебиение;
- бендопноэ (одышка при наклоне вперед).

2. Клинические признаки ХСН:

типичные:

- повышение давления в яремных венах;
- гепатоюгулярный рефлюкс;
- III тон сердца;
- смещение верхушечного толчка влево;

менее типичные:

- увеличение массы тела на 2 кг в неделю;
- снижение массы тела при прогрессирующей СН;
- шумы в сердце;
- периферические отеки;
- хрипы в легких;
- плевральный выпот;
- тахикардия;
- тахипноэ;
- нерегулярный пульс;
- дыхание Чейна-Стокса;
- гепатомегалия;
- асцит;
- кахексия;
- олигурия;
- похолодание конечностей;
- низкое пульсовое давление.

Второй обязательный критерий подтверждения диагноза ХСН при фракции выброса более 40% — повышение уровня натрийуретических пептидов (НУП). В 2016 году были изменены уровни, с которых НУП считаются повышенными. Для BNP (brain natriuretic peptide — мозговой НУП) > 35 пг/мл и/или NT-proBNP (N — терминальный фрагмент предшественника НУП) > 125 пг/мл.

Также обязательно проведение эхокардиографического исследования. В случае диагноза ХСН с сохраненной или промежуточной ФВ обязательно выявление хотя бы одного из следующих критериев: 1) структурное заболевание сердца: гипертрофия ЛЖ и/или увеличение левого предсердия; 2) диастолическая дисфункция.

Оценку состояния диастолической функции можно провести инвазивными и неинвазивными способами. Катетеризация полостей сердца является признанным золотым стандартом диагностики диастолических нарушений, однако данный

метод очень трудоемок и дорог. Чаще всего в повседневной практике используется метод доплероэхокардиографии.

В качестве основного показателя используется отношение максимальной скорости раннего диастолического наполнения трансмитрального кровотока к максимальной скорости ранней диастолической волны движения фиброзного кольца митрального клапана (E/E'). Это соотношение тесно связано с давлением наполнения левого желудочка [18; 19], Величина E/E' > 15 свидетельствует о повышении давления наполнения ЛЖ и подтверждает диастолический характер сердечной недостаточности.

При значениях показателя $15 > E/E' > 8$ для подтверждения диагноза необходимо учитывать дополнительные критерии, такие как показатели трансмитрального кровотока или кровотока легочных вен, величину индекса массы миокарда левого желудочка, объем левого предсердия, наличие ЭКГ-признаков перегрузки левого предсердия, фибрилляции предсердий, а также уровень натрийуретических пептидов.

Уменьшение соотношения скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (E/A), увеличение времени замедления раннего диастолического наполнения (DT), а также увеличение времени изоволюмического расслабления (IVRT) при исследовании трансмитрального кровотока указывают на нарушение релаксации. Выделяют 3 типа патологического трансмитрального кровотока: с аномальной релаксацией, релаксацией по псевдонормальному или рестриктивному типам. Тип нарушения трансмитрального кровотока отражает степень тяжести диастолической дисфункции. Так, пациенты с рестриктивным типом наполнения левого желудочка имеют более высокие класс сердечной недостаточности, уровень натрийуретических пептидов и менее хороший прогноз.

Также следует обратить внимание на наиболее частые изменения на доплероэхоКГ у пациентов с ФВ более 40%. Большинство имеют нормальный размер левого желудочка, хотя возможно и его увеличение [20]. У половины пациентов определяется гипертрофия миокарда левого желудочка. Часто встречается увеличение размеров или объема левого предсердия. До 50% пациентов имеют выраженную легочную артериальную гипертензию. Возможно обнаружение зон дискинезии (при сохраненной фракции выброса) и некоторые структурные аномалии сердца.

Литература

1. Bhatia, R. S. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study / R. S. Bhatia, J. V. Tu, D. S. Lee et al. // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 355. — P. 260–269.

2. Hogg, K. Heart failure with preserved left ventricular systolic function; epidemiology, clinical characteristics, and prognosis / K. Hogg, K. Swedberg, J. McMurray // *J Am CollCardiol.* — 2004. — Vol. 43. — P. 317–327.
3. Owan, T. E. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction / T. E. Owan, D. O. Hodge, R. M. Herges et al. // *N Engl J Med.* — 2006. — Vol. 355 (3). — P. 251–259.
4. Owan, T. E. Epidemiology of diastolic heart failure / T. E. Owan, M. M. Redfield // *Prog. Cardiovasc Dis.* — 2005. — Vol. 47. — P. 320–332.
5. Dougherty, A. H. Congestive heart failure with normal systolic function / A. H. Dougherty, G. V. Naccarelli, E. L. Grey et al. // *Am J Cardiol.* — 1984. — Vol. 54. — P. 778–782.
6. Echeverria, H. H. Congestive heart failure: echocardiographic insights / H. H. Echeverria, M. S. Bilsker, R. J. Myerburg, K. M. Kessler // *Am J Med.* — 1983. — Vol. 75. — P. 750–755.
7. Куимов, А. Д. Влияние ИАПФ лизиноприла на нарушения диастолической функции левого желудочка и на эндотелиальный ответ у больных артериальной гипертензией с хронической сердечной недостаточностью и без нее / А. Д. Куимов, О. Н. Беляева, И. И. Волкова и др. // *Российский кардиологический журнал.* — 2004. — № 3. — С. 58–63.
8. Massie, B. M. Irbesartan in Patients with Heart Failure and Preserved Ejection Fraction / B. M. Massie, P. E. Carson, J. J. McMurray et al. // *N Engl J Med.* — 2008. — Vol. 359. — P. 2456–2467.
9. Solomon, S. D. Effect of angiotensin receptor blockade and antihypertensive drugs on diastolic function in patients with hypertension and diastolic dysfunction: a randomised trial / S. D. Solomon, R. Janardhanan, A. Verma et al. // *Lancet.* — 2007. — Vol. 369 (9579). — P. 2079–2087.
10. Hernandez, A. F. Clinical effectiveness of beta-blockers in heart failure: findings from the OPTIMIZE-HF (organized program to initiate lifesaving treatment in hospitalized patients with heart failure) registry / A. F. Hernandez, B. G. Hammill, C. M. O'Connor et al. // *J Am CollCardiol.* — 2009. — Vol. 53 (2). — P. 184–192.
11. Yip, G. W. The Hong Kong diastolic heart failure study: a randomised controlled trial of diuretics, irbesartan and ramipril on quality of life, exercise capacity, left ventricular global and regional function in heart failure with a normal ejection fraction // *Heart.* — 2008. — Vol. 94 (5). — P. 573–580.
12. Kurrelmeyer, K. M. Effects of spironolactone treatment in elderly women with heart failure and preserved left ventricular ejection fraction / K. M. Kurrelmeyer, Y. Ashton, J. Xu et al. // *J Card Fail.* — 2014. — Vol. 20 (8). — P. 560–568.
13. Ahmed, A. Effects of digoxin on morbidity and mortality in diastolic heart failure: the ancillary digitalis investigation group trial / A. Ahmed, M. W. Rich, J. L. Fleg et al. // *Circulation.* — 2006. — Vol. 114 (5). — P. 397–403.
14. Arbab-Zadeh, A. Effect of Aging and Physical Activity on Left Ventricular Compliance / A. Arbab-Zadeh, E. Dijk, A. Prasad et al. // *Circulation.* — 2004. — Vol. 110 (13). — P. 1799–1805.
15. Heart Failure Society of America, Executive summary: HFSA 2006 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline // *J Card Fail.* — 2006. — Vol. 12. — P. 10–38.
16. Monnet, X. Insuffisance cardiaque aigue diastolique / X. Monnet // *Reanimation.* — 2008. — Vol. 17 (2). — P. 146–152.
17. Nagueh, S. F. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography / S. F. Nagueh, C. P. Appleton, T. C. Gillebert et al. // *Eur J Echocardiog.* — 2009. — Vol. 10. — P. 165–193.
18. Nagueh, S. F. Doppler tissue imaging: a noninvasive technique for evaluation of left ventricular relaxation and estimation of filling pressures / S. F. Nagueh, K. J. Middleton, H. A. Kopelen et al. // *J Am CollCardiol.* — 1997. — Vol. 30. — P. 1527–1533.
19. Maurer, M. S. Left heart failure with a normal ejection fraction: identification of different pathophysiologic mechanisms / M. S. Maurer, D. L. King, L. El-Khoury Rumbarger et al. // *J CardFail.* — 2005. — Vol. 11. — P. 177–187.

Адрес для переписки: 89222234217@yandex.ru

ЗНАЧЕНИЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

УДК 616.155.194

А.Н. Андреев, А.В. Акимова, А.В. Невская, Е.В. Кондрашова*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье отражены данные по частоте встречаемости, структуре и отличиях анемии хронических заболеваний от других видов анемий в отделении неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга.

Ключевые слова: анемия хронических заболеваний, терапевтический стационар.

THE IMPORTANCE OF ANEMIA OF CHRONIC DISEASES IN THE THERAPEUTIC HOSPITAL

A.N. Andreev, A.V. Akimova, A.V. Nevskaya, E.V. Kondrashova*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The article presents data on the frequency of occurrence, structure, and the differences between anemia of chronic diseases from other types of anemia in the emergency Department therapy of Central clinical hospital No. 6 in Ekaterinburg.

Keywords: anemia of chronic diseases, therapeutic hospital.

Введение

Частота встречаемости анемии при ряде хронических заболеваний достигает 100%, что обусловило появление термина «анемия хронических заболеваний» (АХЗ), подчеркивающего роль основного заболевания в ее патогенезе. Распространенность АХЗ в пожилом и старческом возрасте варьирует от 2,9 до 61% у мужчин и от 3,3 до 41% у женщин, а в молодом и зрелом возрасте чаще выявляется у женщин. У госпитализированных пожилых больных ее частота достигает 36–80% (у амбулаторных больных — 5–14%) [1].

Анемия хронических заболеваний (АХЗ) в настоящее время рассматривается как самостоятельная нозологическая форма, имеющая код по МКБ-10-D 63.8.

АХЗ является второй по распространенности после железодефицитной анемии (ЖДА) и наблюдается у пациентов с хронической активацией иммунной системы вследствие различных как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний.

Анемия и связанная с ней гипоксия не только отражаются на самочувствии больных, но и влияют на течение основного процесса. У больных с АХЗ чаще имеется комплексная патология. Может быть нарушена функция почек, сердца, печени и других органов. В подобных ситуациях можно говорить о взаимном отягощении имеющихся нарушений, каждое из которых вряд ли может быть излечено в отдельности. И только компенсация анемии положительно влияет на функционирование различных органов и систем [3].

Тяжелая анемия ассоциируется с увеличением сроков госпитализации, стоимости лечения и смертности.

Цель исследования

Оценить значение анемии хронических заболеваний в структуре анемий у пациентов терапевтического стационара.

Задачи

1. Оценить частоту встречаемости анемии вообще и анемии хронических заболеваний в терапевтическом отделении стационара.
2. Выявить патологические состояния, которые наиболее часто сопровождаются АХЗ.
3. Выявить основные отличия АХЗ от ЖДА и других видов анемий.

Материалы и методы

Проанализированы результаты клинико-лабораторного обследования всех пациентов (n = 373) отделения неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга за 3 месяца (сентябрь, октябрь, ноябрь 2016 г.). Среди всех пролеченных по результатам общего анализа крови (ОАК) были выявлены пациенты с анемией. Они составили группу исследования (n = 69). Оценены данные анамнеза, общего и биохимического анализов крови и других исследований, подтверждающих наличие анемии и коморбидных заболеваний внутренних органов, а также необходимость проведения гемотрансфузии.

Из числа пациентов группы исследования были выделены 3 основные подгруппы: 1 — ЖДА, 2 — В12-дефицитная анемия, 3 — АХЗ. Проведено сравнительное исследование подгрупп по основным показателям общего анализа крови (гемоглобину, среднему содержанию гемоглобина в

эритроците (МСН), среднему объему эритроцита (MCV), гематокриту (НСТ), числу эритроцитов, лимфоцитов, тромбоцитов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и показателям железа сыворотки крови и ферритина.

Статистическая обработка данных проводилась с применением прикладной программы Statistica for Windows v.6.0. Различия между парами групп оценивали непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни). Различия признаны достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

За 3 месяца в отделении неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга было пролечено 373 пациента, из которых анемия выявлена у 69 (18,4%). Медиана возраста пациентов составила 64,5 (48ч76) года. У женщин анемия встречалась немного чаще — 39 (56,5%), — чем у мужчин — 30 (44,4%).

Анемия выступала основным диагнозом при поступлении у 35 (9,3% от всех пролеченных), сопутствующим — у 34 (9,1%) пациентов.

Структура анемий по степени тяжести: легкой степени — 22 (31,8%), средней тяжести — 14 (20,2%), тяжелые — 33 (47,8%) (рис. 1).

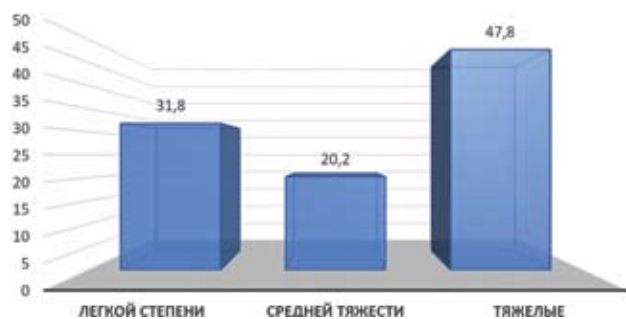


Рис. 1. Степени тяжести анемии, %

По цветовому показателю: нормохромные — 30 (43,4%), гиперхромные — 15 (21,7%), гипохромные — 24 (34,7%).

Всего выявлено: ЖДА — 22 пациента (31,9%), В12-дефицитная анемия (В12-ДА) — 8 (11,6%), АХЗ — 29 (42%), сочетанные и другие анемии — 10 (14,4%) (рис. 2).

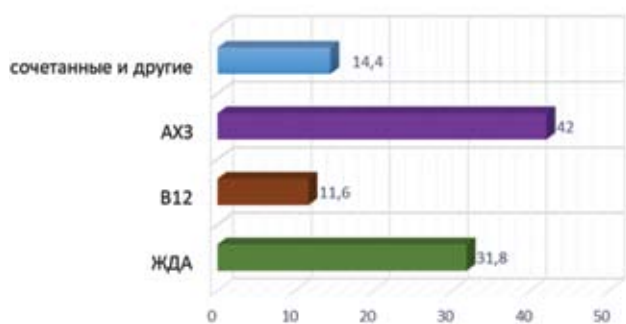


Рис. 2. Структура анемий, %

14 пациентам из 69 (20,3%) проводилась гемотрансфузия по жизненным показаниям. Проведение гемотрансфузий закономерно ассоциировалось с более низким уровнем гемоглобина — 61 (41ч66,5) г/л против 90,5 (78ч100) г/л, $p = 0,000$ — и не зависело от этиологии анемий.

АХЗ была выявлена у 29 человек (42%). Из них у 15 (51,7%) — тяжелая степень анемии, средней тяжести — 6 (20,6%), легкой степени — 8 (27,5%). По цветовому показателю преимущественно выявлялась нормохромия эритроцитов — у 24 человек (82,8%), гипохромия — у 5 (17,2%). Медиана возраста пациентов с АХЗ составила 66 (38ч73) лет. Значимой разницы по полу не выявлено. АХЗ как основной диагноз при поступлении был у 12 пациентов (41,3%), у остальных 17 (58,6%) — как сопутствующее заболевание.

Среди пациентов с АХЗ наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (различные формы ИБС, гипертоническая болезнь, нарушения ритма, чаще по типу постоянной формы фибрилляции предсердий), осложненная хронической сердечной недостаточностью (ХСН), — 41,4% больных. Злокачественные новообразования были причиной АХЗ у 24,1% больных. Хронический панкреатит и ХБП были на 3-м месте среди заболеваний, ассоциированных с АХЗ, — по 10,3%.

Вместе с тем, АХЗ значимо отличалась от ЖДА и В12-дефицитной анемии по показателям крови (табл. 1).

Группы не различались по числу эритроцитов и концентрации гемоглобина. В ОАК при АХЗ отмечалась нормохромия эритроцитов, и по показателю МСН 27,6 (26,8ч32,4) группа АХЗ значимо отличалась от пациентов с ЖДА ($p = 0,000$) и В12-дефицитной анемией ($p = 0,000$). Показатели MCV при АХЗ соответствовали нормальным значениям 85,9 (80,8ч91,5) и значимо отличались от таковых при ЖДА ($p = 0,000$) и В12-ДА ($p = 0,000$).

Все пациенты с анемией имели пониженные уровни гематокрита. Это подтверждает значимость оценки этого показателя при диагностике анемии. Группы АХЗ и В12-ДА статистически значимо отличались меньшими показателями гематокрита от пациентов с ЖДА ($p = 0,02$ и $p = 0,009$ соответственно). Это можно связать с более частым гипопластическим генезом анемии в данных группах, а также с возможным наличием гипергидратации у части пациентов с ХСН и почечной недостаточностью. Влияние гемотрансфузий на выявленные различия уровней гематокрита в настоящем исследовании доказать нельзя, так как группы значимо не различались по частоте их назначения.

Содержание лимфоцитов и тромбоцитов в крови пациентов с АХЗ было в пределах нор-

мальных значений, чем отличалось от пациентов с ЖДА и В12-дефицитной анемией. Пациенты с АХЗ отличались значимо более высокими цифрами СОЭ — 51,5 (33,5ч74,5) мм/ч по сравнению

с больными ЖДА ($p = 0,000$). Низкие показатели железа и ферритина специфичны для ЖДА ($p < 0,05$), а при АХЗ они чаще имеют нормальные значения.

Таблица 1

Показатели крови у пациентов в зависимости от вида анемии

Показатель	Группа 1 ЖДА (n=22)	Группа 2 В12-ДА (n=8)	Группа 3 АХЗ (n=29)	Р 1 и 2 группы	Р 2 и 3 группы	Р 1 и 3 группы
МСН	22,05 (16,8ч25,7)	43,9 (35,8ч45,8)	27,6 (26,8ч32,4)	0,000	0,000	0,000
МСV	73,1 (61,3ч78,4)	120,9 (102,9ч122,7)	85,9 (80,8ч91,5)	0,000	0,000	0,000
НСТ	26,6 (23ч31,8)	17,1 (14,2ч24)	19,5 (17,2ч28)	0,009	0,55	0,02
Лимфо-циты	22 (14ч30,8)	47,8 (35,5ч54)	26,6 (16,1ч46,7)	0,000	0,024	0,24
Тромбо-циты	408 (251ч527)	123 (86ч167,5)	229 (122ч299)	0,000	0,03	0,000
СОЭ	20 (13ч48)	31,5 (20ч42,5)	51,5 (33,5ч74,5)	0,22	0,07	0,000
Железо сыворотки	4 (3,7ч4,3)	38,2 (30ч50)	18,75 (8,2ч50)	0,000	0,09	0,000
Ферритин	7,85 (4,5ч13,1)	162,6 (76,2ч270)	176 (68ч233)	0,001	0,55	0,01

Выводы

Таким образом, анемия хронических заболеваний чаще всего встречалась у пациентов, страдающих ХСН (41,4%), на втором месте — активные злокачественные новообразования (24,1%), на третьем — хронические панкреатиты и ХБП 4–5-стадии (по 10,3%).

АХЗ чаще ассоциировалась с нормохромией и нормоцитозом эритроцитов в ОАК, более высо-

кими цифрами СОЭ и меньшими показателями гематокрита по сравнению с ЖДА и В12-дефицитной анемией.

Выделение АХЗ в отдельный патогенетический вариант и осведомленность о нем врачей разных специальностей имеет важное значение для дифференциальной диагностики анемий, так как сущность и терапевтические подходы при разных видах анемий отличаются.

Литература

1. Андреев, Л. А. Анемия хронических заболеваний / Л. А. Андреев, Л. В. Балева // РМЖ. — 2014. — № 2. — С. 50–55.
2. Дворецкий, Л. И. Железодефицитная анемия в практике терапевта / Л. И. Дворецкий // РМЖ: Гематология. — 2009. — № 23, Т. 17. — С. 1517–1521.
3. Рукавицын, О. А. Анемия хронических заболеваний: отдельные аспекты патогенеза и пути коррекции / О. А. Рукавицын // Онкогематология. — 2016. — № 1, Т. 11. — С. 37–46.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анемии хронических болезней. — 2014. — 9 с.
5. Чернов, В. М. Анемия в практике терапевта и принципы ее коррекции / В. М. Чернов, И. С. Тарасова, А. Г. Румянцев // Лечебное дело. — 2011. — № 1. — С. 81–88.

Адрес для переписки: anna_v_akimova@mail.ru

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 614.2-053.8

Ф.И. Бадаев, Н.Л. Коган

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрен один из основных профилактических методов, применяемых для предупреждения заболеваний и выявления факторов риска заболеваний, являющихся основной причиной смертности населения, — диспансеризация.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактика, факторы риска заболеваний.

MEDICAL EXAMINATION OF THE ADULT POPULATION AS A METHOD OF DISEASE PREVENTION

F.I. Badaev, N.L. Kogan

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article considers one of the main preventive methods used to prevent diseases and identify risk factors for diseases that are the main cause of death of the population – medical examination.

Keywords: medical examination, prevention, risk factors of diseases.

На современном этапе политического и социально-экономического развития Российской Федерации перед отечественным здравоохранением стоит важнейшая из задач — сохранение и укрепление здоровья населения страны и поиск путей совершенствования организации системы предупреждения, выявления заболеваний на более ранних стадиях, факторов риска этих заболеваний и оказание качественной медицинской помощи. Стратегия профилактики в здравоохранении хорошо разработана, и ее широко используют в профилактических программах. На протяжении последних лет на территории Российской Федерации реализуются федеральные, региональные и муниципальные программы и проекты, которые вносят огромный позитивный вклад в решение проблем, влияющих на здоровье населения. В этих условиях принципиально важным является подход, который основывается на повышении роли профилактической составляющей в оздоровлении населения — диспансеризации. Изначально это медицинское определение означало систему мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года в числе основных функций амбулаторно-поликлинического звена выделяет диспансеризацию населения с определением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и раз-

работку индивидуальных программ профилактики: коррекцию факторов риска, образа жизни, а также дальнейшее диспансерное наблюдение и более углубленные осмотры граждан, относящихся к определенным группам риска и хроническим больным.

Порядок проведения диспансеризации разрабатывался не только с учетом отечественного опыта проведения диспансеризации, но и с учетом международных практик проведения диспансеризации.

Основными особенностями нового порядка диспансеризации являются:

1) участковый принцип проведения диспансеризации;

2) проводится медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы при проведении диспансеризации;

3) граждане проходят диспансеризацию 1 раз в 3 года, начиная с 21 года, в возрастные периоды, которые определены порядком проведения диспансеризации; годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста;

4) ежегодно, вне зависимости от возраста, проходят диспансеризацию следующие категории:

- инвалиды Великой Отечественной войны, а также участники ВОВ, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин;

- лица, награжденным знаком «Житель блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин;

- бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданные фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин. Для этих категорий диспансеризация проводится в том объеме, который соответствует объему диспансеризации для граждан ближайшей возрастной группы;

5) ответственность на организацию и проведение диспансеризации возлагается на руководителя организации, работников отделения (кабинета) медицинской профилактики, также на участкового врача, цехового врача или врача общей врачебной практики (семейного врача). При этом определяется круг ответственных лиц и подразделений, участвующих в планировании, организации, проведении диспансеризации, с разработкой задач и схемой взаимодействия всех участников для эффективного проведения всех этапов диспансеризации;

6) двухэтапный принцип проведения диспансеризации. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и смертности населения в нашей стране, относятся:

- болезни системы кровообращения, в первую очередь ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания;

- злокачественные новообразования;

- сахарный диабет;

- хронические болезни легких (бронхит, ХОБЛ, бронхиальная астма).

Очень важно, что все эти заболевания имеют общую структуру факторов риска их

развития, и причем все они поддаются коррекции.

Определение факторов риска является основным отличием нового порядка проведения диспансеризации. В данном случае оценивался опыт большого числа стран, в которых показано, что воздействия в течение 7–10 лет, направленные на снижение распространенности факторов риска, обуславливают снижение смертности в среднем на 50%.

Делая выводы по анализу проведения диспансеризации, можно отметить что с каждым годом подход к проведению диспансеризации должен становиться более упорядоченным и стандартизированным, работа как участковой службы, так и отделений (кабинетов) медицинской профилактики — менее формальной, более нацеленной на результат: предотвратить заболевание как можно раньше, выявить факторы риска и замотивировать пациента на изменение образа жизни и если нужно — лечение. Но на практике этот принцип не срабатывает из-за ряда причин:

- регулярное обновление нормативно-законодательной базы;

- уменьшение объемов проводимых обследований;

- несовершенство учетно-отчетной документации;

- увеличение плановых объемов.

Назрела необходимость разработать алгоритмы инновационных подходов к проведению диспансеризации с применением современных организационных технологий, и одна из главных задач, которую необходимо решить, — это налаживание системы дальнейшего наблюдения и лечения пациентов, которые были выявлены в ходе проведения диспансеризации как с заболеваниями, так и с факторами риска этих заболеваний. Свести в единый электронный нормативный документ перечень профилактических мероприятий — «Профилактический паспорт пациента», куда возможно объединить профилактические мероприятия в течение года, которые дублируют друг друга: проведение скрининг-программ, таких как «Урологическое здоровье», «Профилактический медицинский осмотр по факторам труда», «Вакцинация», «Диспансеризация», «Периодические медицинские осмотры».

Таким образом, повышая эффективность и качество проведения диспансеризации взрослого населения, снижаем воздействие факторов риска и усиливаем профилактическую направленность в сохранении и укреплении здоровья населения, соответственно выполняем государственную политику в области здравоохранения.

Литература

1. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: /http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/5c2f5b1d790a1f82d0ca1f2fa0d72e968e6349e7/.
2. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. — 4-е изд., перераб. и доп. — М., 2017.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

ПИТАНИЕ ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАВШИХСЯ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

УДК 612.39-053.4:

Л.В. Богданова, А.Г. Закроева, А.В. Бессонова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Уровень материального благополучия семьи может оказать влияние на организацию питания ребенка в домашних условиях и в дальнейшем отразиться на формировании пищевого поведения ребенка. Цель работы — оценить режим и качество рациона питания организованных детей в возрасте от 3 до 7 лет в условиях семей с различным социально-экономическим статусом. Проведено кросс-секционное исследование, в которое было включено 190 организованных детей дошкольного возраста, 1-ю группу составили 83 ребенка с достаточным уровнем материального положения семьи, 2-ю группу — 107 детей с недостаточным уровнем семейного дохода. Было выявлено, что в группе детей из семей с достаточным уровнем материального положения доля использования в рационе питания фруктов была в 1,5 раза выше ($p = 0,02$), а число дефектов режима питания было в 2 раза меньше ($p = 0,0003$), чем у детей с недостаточным уровнем семейного дохода. При этом все обследованные дети дошкольного возраста недостаточно употребляли в пищу рыбу, мясо, овощи, крупяные продукты, фрукты.

Ключевые слова: дети, рацион питания, уровень материального благополучия, семья.

DIET PECULIARITIES OF ORGANIZED PRESCHOOLERS LIVING IN FAMILIES WITH DIFFERENT MATERIAL WELL-BEING STATUS

L.V. Bogdanova, A.G. Zakroyeva, A.V. Bessonova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The family well-being can affect the approaches to the organization of the child's nutrition and its future health. The aim of this study was to evaluate the style and quality of diet among children ages 3 to 7 years in families with different financial status according to the parents' self-assessment. The cross-section study included 190 organized preschool children that were divided into the 2 groups. The first group included 83 children with a sufficient family income; the 2nd group included 107 children with an insufficient level of family income. We revealed that the children in families with higher social and financial status consumed the fruits 1.5 times more often and had the defects of diet 2 times less than children with lower economic status. At the same time all children not enough eat fish, meat, vegetables, cereals, fruits.

Keywords: children, diet, level of material well-being, family.

Введение

Согласно свидетельству научной литературы последних десятилетий, в России прослеживается устойчивая тенденция к снижению числа здоровых детей всех возрастных групп. [1; 2]. В дошкольном возрасте у детей выявляются патологические и функциональные изменения во многих органах и системах, связанные с воздействием многочисленных факторов риска, одним из которых является питание. Питание относится к ведущим модифи-

цируемыми предикторам, способствующим развитию метаболических нарушений, таких как избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет 2 типа, дисбаланс или недостаточность витаминов и микроэлементов. В детской практике дефекты питания могут обуславливать развитие функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, пищевой аллергии [4]. Семья играет ключевую роль в практике здорового питания среди детей и подростков: семейные традиции питания форми-

руют пищевой стереотип и стойкое пищевое поведение ребенка, которые потенциально могут реализовываться у него в более зрелом возрасте, внося свой вклад в охрану здоровья или обуславливая реализацию разнообразной патологии [6]. Однако в подходах к организации рациона питания ребенок лишен права свободного выбора: решение этого важнейшего вопроса является компетенцией его родителей и лиц, привлекаемых к уходу и воспитанию за ним. Социально-экономический статус семьи может повлиять на выбор продуктов питания, подходы к организации режима приема пищи ребенка, что является важным для сохранения его здоровья [4].

Цель исследования

Дать оценку качества рациона и режима питания организованных детей дошкольного возраста, воспитывающихся в семьях с различным уровнем материального положения.

Материалы и методы

Для раскрытия поставленной цели нами было проведено кросс-секционное исследование, в которое было включено 190 детей дошкольного возраста, посещавших два дошкольных образовательных учреждения (ДОУ) г. Екатеринбурга, и чьи родители выразили согласие на участие в исследовании. Количество включенных в исследование составило 80% от общего числа обучавшихся в ДОУ детей. Данные ДОУ были выбраны по наличию технических условий: наличие помещений, позволяющих провести исследование. Из исследования исключались дети из асоциальных семей и семей с рискованным и вредным уровнем употребления алкоголя. Был проведен опрос родителей с использованием авторской анкеты, включавшей вопросы о режиме питания ребенка в выходные дни. Мы оценивали число приемов пищи, интервал между ними, наличие незапланированных приемов пищи, сухоедение, набор продуктов и число блюд в каждый прием пищи, любимые блюда. Родителям предлагались вопросы для оценки социально-экономического положения их семьи: уровень материального достатка, образования, жилищные условия, вредные привычки, также здоровья ребенка: жалобы, наличие хронического заболевания. Также данные о состоянии здоровья ребенка были получены из медицинской документации ДОУ.

По результатам анализа материального положения семей дети были разделены на 2 группы: 1-я, чьи родители оценивали уровень материального положения семьи как достаточный (83 ребенка), 2-я — с недостаточным уровнем дохода (107 детей). Группы были сопоставимы по основным

демографическим характеристикам: по возрасту и полу. Средний возраст детей 1-й группы составил 4,9 года 95% ДИ 4,8 лет — 5,0 лет; 2-й группы — 4,9 года 95% ДИ 4,8 года — 5,0 лет ($p = 0,1$). В 1-й группе было 40 мальчиков и 43 девочки, во 2-й — 56 мальчиков и 51 девочка ($p = 0,6$). Также группы были сопоставимы по уровню образования родителей: большинство имело высшее или среднее специальное образование, среднее образование получили 15 родителей детей первой группы и 25 родителей детей второй группы ($\chi^2 = 0,788$; $p = 0,4$).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистической программы Gretl. После проверки на нормальность данные анализировались с применением методов параметрической и непараметрической статистики, рассчитывался 95% доверительный интервал для среднего, для доли (по методу Wilson) [3].

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов выявил ряд дефектов в детском питании, которые присутствовали как в семьях с высоким, так и с низким уровнем материального положения. Известно, что суточный рацион питания у детей дошкольного возраста должен включать 4 базовых приема пищи. Однако, как следует из таблицы 1, четырехразовый прием пищи был не у 100% дошкольников.

Большинство детей в выходные дни получали завтрак, обед, полдник и ужин. Причем завтрак и обед получали все включенные в исследование дети (100% — 1 группа, 100% — 2 группа). Но число пациентов с четырехразовым приемом пищи было на 28,3% больше в 1 группе, чем во второй ($p = 0,00003$; таблица 1). В обеих группах среди исключенных из суточного меню приемов пищи отмечались только полдник и/или ужин. Наличие завтрака, согласно данным литературных источников, является основой формирования стереотипа здорового питания, способствующей снижению числа перекусов и сухоедения в течение дня [4]. В нашем исследовании, несмотря на наличие двух базовых приемов пищи, включая завтрак, число перекусов между приемами пищи было велико в обеих группах ($p = 0,1$), что, возможно, связано с отсутствием полноценного обеда, наблюдавшегося у 56,6% (95% ДИ 45,9% — 66,7%) детей 1-й группы и 43,9% (95% ДИ 34,9% — 53,4%) детей 2-й группы ($\chi^2 = 3,017$; $p = 0,08$). Таким образом, в семьях с достаточным уровнем материального достатка и с низким уровнем материального благополучия выявлены нарушения режима питания детей, но общее число дефектов (отсутствие одного или двух приемов пищи, длительные промежутки между приемами пищи) было выше в 2 раза среди детей 2-й группы ($p = 0,0003$; таблица 1).

Таблица 1

**Доля дефектов режима питания в выходные дни у организованных детей,
воспитывающихся в семьях с различным уровнем дохода**

Показатели	1 группа		2 группа		χ^2 -критерий	p
	абс.	% ($\pm 95\%$ ДИ%)	абс.	% ($\pm 95\%$ ДИ%)		
Четырехразовое питание	70	84,6 (74,6–90,4)	60	56,1 (46,6–65,1)	17,280	0,00003
Отсутствие полдника	5	6,0 (2,6–13,3)	19	17,8 (11,7–26,1)	5,831	0,02
Отсутствие ужина	8	9,6 (4,9–17,8)	4	3,8 (1,5–9,3)	2,750	0,1
Нарушения режима питания	21	25,3 (17,2–35,6)	55	51,4 (42,0–60,7)	13,268	0,0003
Перекусы	38	45,8 (35,5–56,5)	61	57,0 (47,5–66,0)	2,361	0,1

Мы предположили, что дефекты режима питания дошкольников, выявленные в обеих группах, но более частые в семьях с низким уровнем социально-экономического статуса, могли отразиться на состоянии здоровья обследованных детей. Действительно, анализ жалоб, зарегистрированных при анкетировании родителей, показал, что в первой группе лишь 4,8% (95% ДИ 1,9% – 11,7%) детей предъявляли жалобы на рецидивирующие боли в животе, в то время как подобные жалобы почти втрое чаще беспокоили дошкольников второй группы – 14,0% (95% ДИ 8,7%

– 21,8%; $\chi^2 = 4,359$; $p = 0,04$). Дизайн описательного исследования не позволил нам убедительно доказать наличие причинно-следственной связи между дефектами питания, низким материальным благополучием семьи и состоянием здоровья ребенка. Но, на наш взгляд, выявленные ассоциации требуют более углубленной разработки и планирования исследования с соответствующим дизайном.

Оценка рациона питания показала, что по использованию большинства продуктов питания группы были сопоставимы (таблица 2).

Таблица 2

**Продукты питания, используемые в пищевом рационе детей,
воспитывающихся в семьях с различным уровнем дохода**

Продукты питания	1-я группа (n = 83)		2-я группа (n = 107)		χ^2 -критерий	p
	абс.	% ($\pm 95\%$ ДИ%)	абс.	% ($\pm 95\%$ ДИ%)		
Фрукты	40	48,2 (37,8–58,8)	34	31,7 (23,6–41,0)	5,298	0,02
Овощи	60	72,3 (61,8–80,8)	87	81,3 (72,9–87,6)	2,172	0,14
Картофель	53	63,9 (53,2–73,4)	79	73,8 (64,7–81,2)	2,194	0,14
Мясо	57	68,7 (58,1–77,7)	70	65,4 (56,0–73,7)	0,223	0,64
Рыба	10	12,0 (6,6–20,7)	22	20,6 (14,0–29,2)	2,418	0,12
Молочные продукты	42	50,6 (40,1–61,1)	68	63,6 (54,2–72,1)	3,215	0,07
Крупяные изделия	68	81,9 (72,3–88,7)	78	72,9 (63,8–80,4)	2,142	0,14
Соки	14	16,9 (10,3–26,4)	14	13,1 (8,0–20,8)	0,532	0,47
Макаронные изделия	35	42,2 (32,2–52,9)	66	61,7 (52,2–70,4)	7,148	0,01
Яйца	19	22,9 (15,2–33,0)	15	14,0 (8,7–21,8)	2,505	0,11
Кондитерские изделия	44	53,0 (42,4–63,4)	60	56,1 (46,6–65,1)	0,177	0,67

В обеих группах детей отмечена низкая частота употребления в пищу фруктов и овощей, причем овощи были представлены в основном картофелем. В рационе питания детей обеих групп редко использовались рыба и яйцо. От 40% до 50% дошкольников не получали в выходные дни молочные и мясные продукты. Несмотря на то, что дефекты рациона питания отмечены в обеих группах, дети, воспитывающиеся в семьях с достаточным уровнем материального благополучия, чаще употребляли в пищу фрукты ($p = 0,02$) и реже макаронные изделия ($p = 0,01$). Полученные результаты согласуются с данными литературных источников, свидетельствовавшими о низком потреблении детьми вышеперечисленных продуктов, что может создавать условия

для метаболических нарушений в организме ребенка [4; 5; 7].

Выводы

1. Нарушения режима питания отмечались на 26,1% чаще в группе детей, воспитывающихся в семьях с низким уровнем материального достатка.

2. Организованные дети дошкольного возраста в выходные дни недостаточно употребляют в пищу следующие продукты: рыбу, мясо, овощи, крупяные и молочные продукты, фрукты.

3. В группе детей, воспитывающихся в семьях с достаточным уровнем дохода, использование в рационе питания фруктов было в 1,5 раза выше, чем в семьях с низким социально-экономическим статусом.

Литература

1. Баранов, А. А. Здоровье детей России как фактор национальной безопасности [Электронный ресурс] / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина // Сайт ФГАУ НЦЗД — URL: <http://www.nczd.ru/art12.htm> (дата обращения: 26.02.2018).
2. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. — М.: Статистика России, 2009. — 121 с.
3. Гржибовский, А. М. Доверительные интервалы для частот и долей / А. М. Гржибовский // Экология человека. — 2008. — № 5. — С. 57–60.
4. Lee, H. A. Correlations between Poor Micronutrition in Family Members and Potential Risk Factors for Poor Diet in Children and Adolescents Using Korean National Health and Nutrition Examination Survey Data [Электронный ресурс] / H. A. Lee, H. Park // Nutrients: электрон. науч. журн. — 2015. — Vol. 7. URL: <http://www.mdpi.com/2072-6643/7/8/5286> (дата обращения: 25.02.2018).
5. Pearson, N. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review / N. Pearson, S. J. Biddle, T. Gorely // Public Health Nutrition. — 2009. — Vol. 12. — № 2. — P. 267–283.
6. Wyse, R. Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: a cross-sectional study [Электронный ресурс] // BMC Public Health: электрон. науч. портал. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-938> (дата обращения: 26.02.2018).
7. Wojtyła-Buciora, P. Nutrition-related health behaviours and prevalence of overweight and obesity among Polish children and adolescents / P. Wojtyła-Buciora, B. Stawińska-Witoszyńska, A. Klimberg et al. // Annals of Agricultural and Environmental Medicine. — 2013. — Vol. 20. — № 2. — P. 332–340.

Адрес для переписки: lud.bogdanova2014@yandex.ru

ЭТИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УДК 616.155-006-053.2

Л.Г. Боронина, Е.В. Саматова, М.П. Кукушкина, С.А. Панова, Л.Г. Фечина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье приведены результаты микробиологических исследований различных биоматериалов, полученных при диагностике инфекционных осложнений у детей с онкогематологическими заболеваниями после трансплантации. Среди обнаруженных микроорганизмов лидируют грамотрицательные бактерии как эндогенного, так и, возможно, нозокомиального происхождения.

Ключевые слова: инфекционные осложнения, этиология, онкогематологические заболевания, дети.

AETIOLOGY OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES

L.G. Boronina, E.V. Samatova, M.P. Kukushkina, S.A. Panova, L.G. Fechina

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents the results of microbiological studies of different biomaterials in the diagnosis of infectious complications in children with oncohematological diseases after bone marrow transplantation. Gram-negative bacteria both endogenous and possibly nosocomial origin are lead among the detected microorganisms.

Keywords: infectious complications, aetiology, oncohematological diseases, children.

Трансплантация костного мозга достоверно увеличивает шансы на выживание и полное излечение пациентов с гематологическими, онкологическими и рядом наследственных заболеваний. В целом, выживаемость более 6–8 лет колеблется от 60% до 80%. Однако подготовка больного к проведению операции и сама трансплантация связаны с риском серьезных осложнений, так как в это время проводится иммуносупрессивная терапия. Оказывая положительный терапевтический эффект, цитостатическая терапия воздействует не только на опухолевые, но и на нормальные клетки и тем самым приводит к токсическим побочным действиям. При этом чем длительнее и глубже нейтропения, тем выше риск развития инфекции. Фебрильная нейтропения — угрожающее жизни состояние, внезапно и остро развивающееся у больных со снижением числа циркулирующих в крови нейтрофилов ниже 500/мм³. При этом, поскольку при таком критическом снижении числа нейтрофилов воспалительная реакция организма на инфекцию резко угнетена, быстро обнаружить очаг инфекции, причину повышения температуры часто не представляется возможным. Самым опасным для возникновения инфекционных осложнений считается период после операции до момента приживления трансплантата (первые 100 дней) [3; 4]. В этот период большое значение приобретает рациональная цитостатическая, антибактериальная терапия, защита от инфекционных возбудителей, исключение встречи с инфекционными агентами в воздухе, пище, предметах обихода. А в случае подозрения на развитие инфекционного осложнения после трансплантации костного мозга необходима своевременная микробиологическая диагностика.

Цель работы

Изучить роль микроорганизмов в развитии различных инфекционных осложнений после трансплантации костного мозга у детей.

Материалы и методы

В период с 01.10.2016 г. по 30.09.2017 г. провели микробиологические исследования от 48

детей онкогематологического центра после трансплантации костного мозга преимущественно при остром миелоидном лейкозе (25%), остром лимфобластном лейкозе (35%), нейробластоме (17%); в их числе 26 (54%) мальчиков и 22 (46%) девочки, в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. 56% обследованных составляют дети младшего возраста (0–6 лет).

Из 48 детей осложнения после трансплантации костного мозга наблюдались у 13 (27%): энцефалит, сепсис, инфекции мягких тканей, цистит, обострение хронического отита.

Проведено 1037 посевов крови, мочи, мокроты; отделяемого слизистой зева, трахеи, ран, из среднего уха, из среднего носового хода; биоптата миндалин, дистальной части центрального венозного катетера от больных с инфекционными осложнениями.

Набор питательных сред и методика посева определялись видом изучаемого материала в соответствии с действующей нормативной документацией. В частности, для посева крови использовались коммерческие среды фирмы ВАСТЕС: Aerobic, Anaerobic, PedsPlus, Mycosis, а также Culture Blood Signal System (OXOID). А для ликвора применялись кровяно-сывороточный, шоколадный, 0,1% полужидкий сывороточный агары, среда Сабуро.

Идентификацию выделенных штаммов и чувствительность к антимикробным препаратам этиологически значимых микроорганизмов проводили как классическими бактериологическими методами, так и с использованием тест-систем для полуавтоматического анализатора SENSITITRE (TREK Diagnostic Systems, США).

Результаты и обсуждение

Среди микроорганизмов, выделенных из различных биоматериалов от обследованных детей после трансплантации костного мозга, преобладали грамотрицательные бактерии — 81%: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter lwoffii*, *Burkholderia cepacia*. Второе место занимают грамполо-

жительные бактерии — 13%: *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus sp.*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Bacillus sp.* Доля грибов составила 6%: *Candida aparapsilosis*, *Candidanone-albicans*, *Blastoschizomyces sp.*

У 13 детей с осложнениями после трансплантации костного мозга эти состояния развились в период до трех месяцев после пересадки, что дает право причислить их к ранним осложнениям после операции и к побочным эффектам иммуносупрессивной терапии. При этом у 4-х детей наблюдалось сразу по несколько осложнений.

У 4-х детей с осложнениями в виде энцефалита при посеве из ликвора микроорганизмы не выделены. Это, вероятно, свидетельствует о вирусной этиологии заболевания и необходимости проведения молекулярно-генетических и/или серологических методов исследования поступающего биоматериала.

При диагностике сепсиса в одном случае при посеве крови микроорганизмов не обнаружено, что, скорее всего, связано с назначением эффективной антибактериальной терапии. У 3-х детей выделена *P. aeruginosa* как из крови, так и из других биоматериалов (мочи и/или раневого отделяемого).

При таком осложнении как обострение хронического отита у ребенка из отделяемого среднего уха обнаружена *S. pneumoniae*.

У пациентов с циститом из мочи в одном случае выделена *K. pneumoniae*, в другом *E. coli*, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра (ESBL, extended-spectrum beta-lactamases).

У детей с осложнениями в виде инфекции мягких тканей в основном обнаружены микробные ассоциации: при парапроктите — *P. aeruginosa* + *E. coli* + *E. cloacae* + *E. faecalis* + *A. lwoffii*; эрозивном дерматите промежности — *E. cloacae* + *E. faecalis* + *S. epidermidis*; некрозе нижней губы — *P. aeruginosa*; абсцессе малого таза — *P. aeruginosa*; язвах половых органов — *K. oxytoca* + *E. coli* + *Enterococcus sp.*; субфасциальной флегмоне мягких тканей — *P. aeruginosa* + *C. parapsilosis*.

Как видно из проведенного исследования, грамотрицательные микроорганизмы лидируют среди выделенных микробов, что, вероятно, обусловлено ранними осложнениями после трансплантации костного мозга. В этих случаях основной источник бактериальных инфекций у пациентов с нейтропенией — обычная эндогенная флора желудочно-кишечного тракта, а именно грамотрицательные бактерии. Учитывая длительную госпитализацию пациентов, также возрастает роль нозокомиальной микрофлоры [1; 2], в частности *P. aeruginosa*.

Наиболее значимыми с точки зрения доказательств инфекции являются высевы микроорганизмов из крови: в 2016 г. обнаружены микробы в 5,47% посевов, а в 2017 г. — в 3,3%. В 2016 г. наиболее часто выделялись *E. coli* (6 штаммов — 24%), *P. aeruginosa* — 5 штаммов (20%), коагулазонегативные стафилококки — 3 штамма — 12%. По одному штамму *Stenotrophomonas maltophilia*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *E. cloacae*. Микотическая инфекция была связана с *Candida parapsilosis*, *Blastoschizomyces sp.* В 2017 г. бактериемия чаще была вызвана *E. coli* (8 штаммов — 42%) и *P. aeruginosa* (7 штаммов — 36,8%), грибы не обнаружены. Из числа выделенных микроорганизмов преобладают грамотрицательные бактерии. Заражение при этом происходит, как правило, контактным путем и, возможно, контактной минацией из окружающей среды. При санитарно-бактериологических исследованиях с объектов окружающей среды были выявлены *S. aureus* и *E. cloacae*, а синегнойная палочка не обнаружена.

Клинический пример. Ребенок А. (девочка) 8 лет находился на лечении с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз». После трансплантации костного мозга на фоне агранулоцитоза развивается фебрилитет (38,6 °C), некротическое поражение слизистой губы и симптомы воспаления мочевыделительной системы. Получаемая ребенком терапия: цефтриаксон, триметоприм/сульфаметоксазол и флуконазол. Из крови выделена *P. aeruginosa*, штамм чувствителен к тикарциллину/клавуланату, цефепиму, цефтазидиму, имипенему, меропенему, амикацину, гентамицину, тобрамицину, левофлоксацину, цiproфлоксацину, колистину, нетилмицину, полимиксину В и умеренно резистентен к азтреонаму. Из раневого отделяемого, забранного в один день с кровью, выделена *P. aeruginosa*. В моче, забранной на следующий день, обнаружена *P. aeruginosa* в титре 10¹ КОЕ/мл (колонеобразующих единиц на миллилитр). Штамм *P. aeruginosa*, изолированный из раневого отделяемого и мочи, имел следующую антибиотикограмму: чувствителен к цефепиму, меропенему, амикацину, гентамицину, тобрамицину, левофлоксацину, цiproфлоксацину, колистину, полимиксину В, нетилмицину; умеренно резистентен к азтреонаму и резистентен к тикарциллину/клавуланату, имипенему, цефтазидиму. Для окончательного утверждения, что штаммы, выделенные из раневого отделяемого, мочи и крови, идентичны, необходимо их молекулярно-генетическое типирование. В связи с тем, что *P. aeruginosa* проявляет природную устойчивость к цефтриаксону и триметоприму/сульфаметоксазолу [5], проведена корректировка антибиотикотерапии с учетом результатов анти-

биотикограмм: назначен меропенем и амикацин. При контроле лечения в крови (забранной через трое суток после первой пробы), моче (через пять суток), раневом содержимом (через семь суток) рост микроорганизмов не обнаружен.

Заключение

Выявление чувствительности бактерий к антимикробным препаратам позволило начать этиотропную терапию, позволившую остановить инфекционный процесс. Тем не менее, на этапах интенсивной антибиотикотерапии после трансплантации костного мозга не во всех случаях удается культуральным методом выделить микро-

организм, вызвавший инфекцию. Комплексное обследование биоматериалов с применением молекулярно-генетических и серологических методов, которые в настоящее время разработаны для выявления антигенов отдельных инфекционных агентов, расширяет ускоренную диагностику этиологии инфекции на каждом этапе, а значит, позволяет успешно завершить лечение больных.

Приведенные результаты свидетельствуют о значительных возможностях современного микробиологического исследования в решении серьезных проблем диагностики и лечения инфекционных осложнений больных с онкогематологическими заболеваниями на этапах интенсивного лечения.

Литература

1. Багирова, Н. С. Таксономическая структура и резистентность к антибиотикам возбудителей инфекций кровотока у онкогематологических больных / Н. С. Багирова // Клиническая онкогематология. — 2015. — Т. 8, № 2. — С. 191–200.
2. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://meddaily.info/?cat=article&id=1263>.
3. Одинец, Ю. В. Актуальные вопросы трансплантации костного мозга у детей с заболеваниями крови / Ю. В. Одинец, И. Н. Поддубная, Е. А. Панфилова // Здоровье ребенка. — 2009. — Т. 19, № 4. — С. 123–127.
4. Орлова, Р. В. Фебрильная нейтропения. Инфекционно-токсический шок / Р. В. Орлова, В. А. Чубенко // Практическая онкология. — 2006. — Т. 7, № 2. — С. 69–76.
5. Определение чувствительности к антимикробным препаратам. Клинические рекомендации. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. — 2015. — 162 с.

Адрес для переписки: boroninalg@mail.ru

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РОЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ЗДОРОВОМ ДОЛГОЛЕТИИ

УДК 613.98

О.В. Галиуллина, А.П. Сиденкова, Е.С. Набойченко

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Вопросы здорового старения в современном мире актуальны для всех стран. В последнее десятилетие наблюдается увеличение доли лиц пожилого возраста, это обстоятельство обуславливает правительства всех стран решать задачи во всех отраслях экономики для развития таких механизмов, которые способствовали бы снижению экономического бремени от болезней, социальных и психологических проблем стареющего населения для обеспечения сохранения качества их жизни в пожилом возрасте.

Ключевые слова: здоровье пожилого населения, здоровая старость, службы здравоохранения, социальная и психологическая помощь, межсекторальное взаимодействие.

INTERSECTORAL COLLABORATION AND THE ROLE OF THE QUALITY OF LIFE OF OLDER AGE GROUPS IN HEALTHY LONGEVITY

O.V. Galiulina, A.P. Sidenkova, E.S. Naboychenko

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The issues of healthy aging in the modern world are relevant for all countries, the proportion of older people has increased in the last decade, this fact causes all governments to solve problems in all sectors of the economy to develop mechanisms that would reduce the economic burden of disease, social and psychological problems aging

population to ensure the preservation of their quality of life in the elderly.

Keywords: elderly population health, healthy old age, health services, social and psychological assistance, intersectoral interaction.

По оценкам экспертов, демографические процессы, происходящие в возрастных структурах населения мира, имеют в различных странах схожие тенденции, характеризующиеся демографическим переходом, в котором выделяется три этапа. На первом этапе увеличение доли выживания детей позволяет омолаживать возрастной состав населения. На втором этапе снижается рождаемость и сокращается доля выживаемости детей, а доля населения старших возрастных групп и пожилых людей — увеличивается. На третьем этапе совокупность процессов долговременного снижения рождаемости и смертности населения приводит к росту доли людей пожилого возраста. По определению ООН, пожилые люди — это лица 60 лет и старше. Согласно международным критериям, население страны считается старым, если людей в возрасте 65 лет и старше насчитывается более 7%.

Сегодня в большинстве стран мира прослеживается определенная тенденция — это неуклонное старение населения и увеличение доли населения, которое доживет до 60 лет и старше. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2050 году численность людей пожилого возраста составит 22%, или более двух миллиардов человек. Согласно статистическим данным более половины населения мира в возрасте 60 лет и старше — свыше 54% — сконцентрировано в Азии, в Европе проживает 22%, в Северной Америке — чуть более 8%, в Латинской Америке и Африке — примерно по 7%.

Исследования Организации экономического сотрудничества и развития показали, что к 2020 году каждый третий работник экономически развитых стран будет старше 50 лет и около 40% населения старше 55–64 лет задействован в экономике.

По оценкам экспертов ООН, число людей 60 лет и старше в мире к 2045 году впервые превысит число детей в возрасте до 15 лет примерно на 1,8 миллиарда человек, а к 2050 году, по среднему варианту прогноза, — на 2 миллиарда человек.

Для современной демографической ситуации России эти процессы также являются актуальными, как и для экономически развитых стран, но эти процессы накладываются еще на низкую продолжительность жизни населения и сохраняющуюся высокую смертность трудоспособного населения.

По данным официальной статистики, в Российской Федерации происходит старение населения. Так, прирост населения старшей возрастной

группы (60 лет и старше) в течение 5 лет составил 11,8% (с 2013-го по 2017 год), а удельный вес этой категории в общей численности населения увеличился на 9,2%, составив на конец 2017 г. 20,8%.

Сохраняются гендерные диспропорции в группе трудоспособного населения: рост продолжительности жизни с 67,61 лет в 2007 году до 72 лет в 2016 году увеличивает показатель демографической нагрузки на население трудоспособного возраста. Эти тенденции характерны и для Свердловской области: так, темп прироста граждан пожилого и старческого возраста Свердловской области составил за 5 лет (с 2013-го по 2017 год) 9,6%; увеличивается также в динамике и удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше за последние 5 лет (с 2013-го по 2017 год) с 19,5% до 21,6%.

Процессы старения общества и демографических изменений происходят на фоне ускорения научно-технического прогресса, меняющейся экономики, социальных отношений и психологии общества. Снижение трудоспособного населения и увеличение демографической нагрузки на него, повышение расходов на здравоохранение на фоне сокращения финансовых поступлений и увеличения затрат на уровнях стационарной и медико-социальной помощи во многом обусловлена пожилым возрастом. Так, во многих развитых странах значительная доля средств здравоохранения затрачивается на медицинскую помощь этой группе населения.

Безусловно, большая часть проблем со здоровьем в пожилом возрасте связана с наличием хронических заболеваний, многие из которых могут быть предотвращены или отложены благодаря здоровому образу жизни, благоприятной среде, хорошему питанию и выявлению проблем со здоровьем на ранних стадиях.

Рост населения старших возрастных групп ставит новые задачи и цели перед государством и обществом, направленные не только на обеспечение основных потребностей граждан старшего поколения для поддержания условий их жизнедеятельности, но и на создание условий для их активного участия в политической, социальной и иных сферах деятельности общества.

Большинство систем здравоохранения не готово к удовлетворению потребностей стареющего населения, имеющего хронические заболевания, в том числе представленные разнообразными возраст-специфическими синдромами, что определяет потребность в комплексной медицинской гериатрической помощи.

Широкое многообразие состояний здоровья и функциональных систем организма в пожилом и старческом возрасте, устаревшие стереотипы в отношении пожилых людей, несбалансированность системных взаимодействий требуют комплексных ответных мер, которые в настоящее время имеют ограниченный характер. В настоящее время со стороны государства требуется решить ряд задач во многих областях жизни общества для сохранения здорового долголетия и улучшения качества жизни пожилых людей.

Понятия «типичный» пожилой человек сегодня не существует, это связано с тем, что на протяжении всей жизни человека протекают события, которые можно изменять, а это, в свою очередь, формирует многообразие в жизнеспособности и медицинских потребностях пожилых людей, подчеркивая важность подходов к сохранению здоровья стареющего населения, основанных на всем жизненном цикле человека. Дополнительные годы жизни вносят свой вклад в общество самыми разными способами — будь то в своей семье, в местном сообществе или в обществе в целом. Ключевую роль сохранения в активной социальной жизни пожилого населения выполняет здоровье. Так, если дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, то последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

Сложная динамика изменений состояния здоровья в пожилом возрасте отражается на физических, психических способностях и функционировании пожилых людей. Физиологические изменения, болезни и мультиморбидность в пожилом возрасте обуславливают другие состояния здоровья, не входящие в традиционные классификации болезней и характеризующиеся хроническим течением, например старческая дряхлость, которая после 65 лет может составлять до 10%; с другой стороны, могут возникать острые состояния на фоне многочисленных детерминант, например делирий. Последствия этих процессов сопровождаются изменениями и в психосоциальном статусе пожилых людей.

Исследования активности в повседневной жизни, для определения степени нуждаемости в постороннем уходе, выявляют, что при уменьшении активности в повседневной жизни пациента пропорционально увеличивается степень его нуждаемости в постороннем уходе, а, следовательно, возрастает необходимость для планирования сети медицинских организаций и подразделений гериатрического профиля в больницах, а также механизмов оптимизации взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты. Отсутствие тех или иных возможностей самообеспечения лиц

пожилого и старческого возраста в повседневной жизни дает возможность целенаправленно оснащать медицинские организации гериатрического профиля необходимым оборудованием и осуществлять тематическое повышение квалификации медицинского персонала.

Тенденции, наблюдаемые в состоянии здоровья современных пожилых людей, противоречивы: так, в соматической медицине на фоне уменьшения числа случаев тяжелой инвалидности наблюдается рост показателей инвалидности средней тяжести и учащение функциональных расстройств. При этом наиболее распространенными и инвалидизирующими заболеваниями лиц старшего возраста оказываются нервно-психические расстройства, представленные грубым и прогрессивным снижением познавательных функций. Нарастающая беспомощность и прогрессирующее течение когнитивных расстройств обуславливает возрастающую потребность пожилого населения в специальном внимании, особом обслуживании этой группы граждан, а проявление самой болезни и утяжеление неблагоприятно сказывается на окружении пациента и вызывает изменения в условиях жизни всей семьи.

Особое внимание уделяется когнитивным функциям пожилых, они носят разноплановый характер, и их уровень тесно связан с уровнем образования. Многие когнитивные функции начинают ухудшаться в относительно молодом возрасте, причем разные функции ухудшаются с разной скоростью и, как следствие, с возрастом область когнитивных функций приобретает все более гетерогенный характер. Зачастую пожилые люди предъявляют жалобы на ухудшение памяти, скорость обработки информации, сниженное внимание и неспособность сосредотачиваться на конкретных действиях.

В настоящее время существует явная необходимость сосредоточить внимание на тех состояниях, которые вносят наибольший вклад в бремя совокупных болезней пожилых людей. По данным ВОЗ, наиглавнейший приоритет занимает деменция, требующая координации широкого спектра разнообразных мер социальной и медицинской помощи. Сегодня проявляется больший интерес к возможности раннего ее выявления и своевременному проведению поддерживающих программ, которые позволяют пациентам с деменцией максимально долго жить самостоятельно.

Личностные, социальные и экономические последствия деменции огромны. Деменция ведет к росту необходимых для обеспечения долгосрочной помощи расходов со стороны правительств, сообществ, семей и отдельных людей, а также к снижению производительности в экономике. Гло-

бальные расходы, связанные с уходом за больными деменцией, составили в 2010 г. около 604 млрд. долл. США: 1,0% от объема глобального валового внутреннего продукта. К 2030 г. расходы по уходу за людьми с деменцией во всем мире составят более 1,2 трлн. долл. США, что может поставить под угрозу социально-экономическое развитие в мире. Около 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, и в течение последующих десяти лет ожидается стремительный рост этого показателя, что может усугубить неравенство между странами и группами населения. Таким образом, необходимы устойчивые глобальные усилия для активизации действий по борьбе с деменцией и решения связанных с ней проблем. Ни одна страна, ни один сектор и ни одна организация не в состоянии справиться с этой проблемой самостоятельно.

Так, если в 2015 г. во всем мире насчитывалось свыше 47 млн. человек с деменцией, то, по оценкам ВОЗ, к 2030 г. число людей, живущих с деменцией, превысит 75 млн. человек, а к 2050 г. это число утроится. Прогнозы экспертов подтверждают, что около 10% ожидаемого роста медицинских расходов в течение следующих 20 лет будет приходиться на оказание помощи в связи только с одним этим состоянием. В наше время это одна из основных проблем общественного здравоохранения. Вопреки распространенному мнению, деменция не является естественным или неизбежным следствием старения.

Глобальная борьба с деменцией обозначена в документе ВОЗ «Призыв к действиям», принятом участниками конференции на уровне министров в марте 2015 г. Участниками конференции отмечена необходимость включения аспектов, связанных с профилактикой деменции, уходом и реабилитацией, в стратегию старения. Высказана необходимость углубления понимания деменции и повышения осведомленности общественности для обеспечения социальной интеграции людей, живущих с деменцией, и членов их семей. Кроме того, участники конференции призвали к укреплению многосекторальных действий и партнерств, а также к активизации коллективных усилий в области научно-исследовательской деятельности с целью ускорения принятия мер по борьбе с деменцией.

Следующим этапом ВОЗ планирует создать глобальную обсерваторию по деменции в целях углубления понимания деменции и мониторинга ее эпидемиологии, ответных мер политики, наличия ресурсов в разных странах и научно-исследовательской деятельности в целях распространения, пропаганды и содействия глобальным и национальным усилиям по снижению бремени, связанного с деменцией.

Проблема оказания помощи лицам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами по своей сути является полипрофессиональной и мультисекторальной, поскольку ее решение возможно только при участии специалистов различных профессий, служб и ведомств. Причиной этого является многомерное воздействие биологических и социально-психологических факторов на ЦНС и личность пациента при формировании когнитивных расстройств. Поэтому полноценная помощь при когнитивных нарушениях ориентируется на усилия специалистов разных профилей, что позволяет решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

В связи с этим возникает потребность в координации поставщиков, медицинских, психологических, социальных, медико-санитарных и других услуг для оказания полноценной помощи пациентам с когнитивными нарушениями с максимальной ориентацией на усилия специалистов разных профилей, что позволит решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

Система оказания помощи пожилым людям начинает «включаться» с момента обращения за медицинской услугой; выявление целого ряда проблем со здоровьем зачастую обуславливает необходимость привлечения врачей разных профилей, а также участия специалистов социального сектора. Различная ведомственная принадлежность медицинских и социальных услуг и их недостаточное взаимодействие зачастую приводит к снижению качества медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Также следует отметить, что в настоящее время распространена «неформальная» помощь, оказываемая семьей, друзьями, знакомыми, волонтерами которая тоже требует как обучения навыкам ухода, так и определенного финансирования.

Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира. В информационных источниках по данной теме предлагаются различные организационные, институциональные варианты решения этой проблемы, которую без системного подхода сложно решить. В настоящее время активно развиваются гериатрическая, социальная службы, совершенствуется первичная медико-санитарная помощь пожилым людям, рассматриваются различные способы медико-социального взаимодействия. Эти категории мер, безусловно, решают конкретные задачи.

Эффективное взаимодействие органов социального обслуживания и организаций здраво-

охранения, обеспечение социальной и бытовой активности лиц пожилого и старческого возраста являются актуальными задачами, решение которых имеет важное медицинское и социальное значение. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста позволяет увеличить продолжительность активной жизни, сохранить способность к самообслуживанию, обеспечивает доступность квалифицированной первичной медицинской помощи, высокотехнологичной специализированной помощи лицам пожилого и старческого возраста, совершенствует систему финансовых инструментов, лекарственного обеспечения, оснащения медицинским оборудованием медицинских организаций, в том числе и специализированные стационарные гериатрические медицинские организации и отделения, развивает стационарозамещающие технологии и систему надомного ухода.

Для обеспечения достойной старости, заботы и ухода за стареющим населением необходимы системные изменения и новые комплексные подходы в отношении старшей возрастной группы; без совместного решения вопросов обеспечение здоровья и благополучия пожилых людей в динамически меняющемся мире не представляется возможным. Безусловно, пожилые люди — это не только люди, страдающие различными заболева-

ниями, дряхлые и беспомощные. Это личности с богатым жизненным опытом, имеющие свои потребности и предпочтения, повседневно живущие в обществе, в кругу семьи, участвующие в принятии решений и требующие соблюдения их достоинства и автономности.

Следовательно, исключительно важное значение имеет интеграция между первичной медико-санитарной помощью и другими уровнями, и учреждениями по оказанию помощи пожилым на основе подхода, ориентированного на пожилых людей, удовлетворение их потребностей, социальное сопровождение, содействие их самопомощи и старению на месте.

Разрабатываемая модель направлена на решение вопросов межведомственного взаимодействия при реализации мероприятий медицинского, социального, психологического и других направлений работы с населением с целью создания условий, обеспечивающих здоровые процессы старения, на максимально раннее начало профилактических мероприятий с группой риска по когнитивным расстройствам и своевременное оказание помощи населению старших возрастных групп с выявленными нарушениями. Такой мультидисциплинарный подход обеспечит эффективность и качество помощи данной категории граждан и членам их семей.

Литература

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р «СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2025 ГОДА».
2. Ссылка доступна по www.rosminzdrav.ru Активна на 28.03.2018.
3. Ссылка доступна по <http://www.gks.ru/> Активна на 28.03.2018.
4. Ссылка доступна по <http://sverdl.gks.ru> Активна на 28.03.2018.
5. Ссылка доступна по <http://www.demoscope.ru> Активна на 28.03.2018.
6. Ссылка доступна по <http://www.who.int/ru> Активна на 28.03.2018.
7. Anderson G. et al., Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. — Health Affairs, 2001. — Vol. 20. — 219—232.

Адрес для переписки: galiulina_ov@usma.ru, sidenkovs@mail.ru, dhona@mail.ru

ОТКРЫТЫЕ ТРАВМЫ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

УДК 617.578-001.514-053.2

И.И. Гордиенко^{1,2}, Н.А. Цап^{1,2}

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Детская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Российская Федерация

У детей травма кисти составляет примерно 10% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Несмотря на интенсивное развитие хирургии кисти, восстановление ее формы и функции удается достигнуть не всегда. Целью работы поставлен анализ методов хирургического лечения открытых травм дистальных фаланг пальцев кисти у детей. В ходе исследования был проведен анализ тактик ведения 104 детей с открытыми травмами ДФП кисти. Возрастной диапазон детей с повреждениями кисти начинается от 10 месяцев и завершается 17 годами. При дефектах мягких тканей детям выполнялась кожная пластика местными тканями. При обширных дефектах мягких тканей ДФП и недостаточной площади кожи для пластики мы производили фиксацию раневой поверхности к выделенному ладонному кожно-жировому лоскуту с дальнейшим выполнением второго этапа пластики через 3–4 недели. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения открытых повреждений дистальных фаланг пальцев кисти показала, что хватательная функция кисти не страдала.

Ключевые слова: кисть, травма, дети.

OPEN INJURIES OF NAIL FRAGNASTIC FINGERS OF THE BRUSH IN CHILDREN

I.I. Gordienko^{1,2}, N.A. Tsap^{1,2}

¹Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

²Children's City Clinical Hospital № 9, Yekaterinburg, Russian Federation

In children, a hand injury is approximately 10% of all injuries to the musculoskeletal system. Despite the intensive development of hand surgery, the restoration of its shape and function can not be achieved. The aim of the work is to analyze the methods of surgical treatment of open traumas of distal phalanges of the fingers in children. In the course of the study, an analysis was conducted of the tactics of managing 104 children with open bruises of the DFT brush. The age range of children with brush injuries starts from 10 months and ends with 17 years. With soft tissue defects, children underwent skin plasty with local tissues. With extensive defects of soft DTP tissues and insufficient skin area for plastics, we made fixation of the wound surface to the dedicated palmar skin-fat flap with the further implementation of the second stage of plastic surgery in 3-4 weeks. Evaluation of the long-term results of surgical treatment of open injuries of the distal phalanges of the fingers of the hand showed that the grasping function of the brush did not suffer.

Keywords: hand, injury, children.

Введение

Кисть является одним из самых функциональных сегментов тела человека: она участвует в процессах познания мира и развития интеллекта в детском возрасте, используется при самообслуживании, воспитании, обучении, на производстве, поэтому закономерным является тот факт, что кисти подвергаются частой травматизации.

Согласно результатам многочисленных исследований, проведенных за последние годы, одно из ведущих мест среди всех травм занимают именно повреждения кисти, по разным источникам на их долю приходится до 57% случаев [1].

Наиболее интенсивно в повседневной жизни человек использует дистальные фаланги пальцев (ДФП) кисти, и в связи с этим они чаще подвергаются повреждениям различного характера. D. Ootes и соавт. (2012) указывали, что самым частым типом травмы в США, заставляющим людей обратиться

за неотложной медицинской помощью, являлась рваная рана пальца (221 случай на 100 тыс. населения ежегодно); переломы пальцев — на третьем месте (68 случаев на 100 тыс. населения ежегодно). С этими данными коррелируют результаты исследований, проведенных в Великобритании (2003 г.), где частота переломов пальцев составляет 380 случаев на 100 тыс. населения [2].

У детей травма кисти составляет примерно 10% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Несмотря на интенсивное развитие хирургии кисти, восстановления ее формы и функции удается достигнуть не всегда. До сих пор нет разработанного общепринятого протокола ведения больных с травмами ДФП, и мнения специалистов нередко диаметрально расходятся.

Во многих случаях повреждение, полученное ребенком, приводит к потере ДФП, отсутствие которой снижает функциональную способность пальца более чем наполовину.

Цель исследования

Анализ методов хирургического лечения открытых травм дистальных фаланг пальцев кисти у детей.

Материалы и методы

В ходе исследования был проведен анализ хирургической тактики при открытых травмах ДФП кисти у 104 детей, находящихся на стационарном лечении в Детской городской клинической больнице № 9 г. Екатеринбурга за период времени с 2010-го по 2017 год.

Повреждения кисти, вошедшие в выборку, были представлены: резаными ранами (8%), открытыми переломами ДФП (37%) и, в подавляющем большинстве случаев, полными или частичными травматическими ампутациями ДФП, на долю которых пришлось 54% (рис. 1).

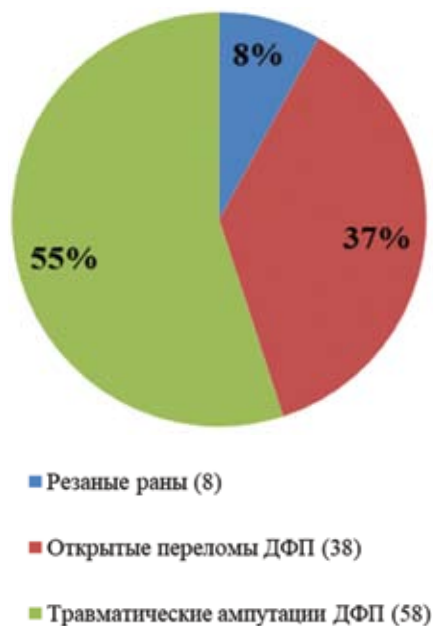


Рис. 1. Структура открытых травм ДФП кисти у детей

Критерием исключения из выборки были поверхностные травмы ногтевой фаланги, такие как ушибы, ссадины, подногтевая гематома, небольшие по размеру, с дефектами кожи (без обнажения кости и вовлечения ногтевого комплекса), так как при данных повреждениях медицинская помощь оказывалась на амбулаторном этапе, не требовала госпитализации. Полное заживление раны при таких травмах происходило за счет краевой эпителизации в среднем в течение 3–5 недель.

Оценка степени тяжести травмы кисти у ребенка базировалась на макроскопической картине повреждения на до- и интраоперационном этапе. Рентгенография кисти позволяла уточнить характер костных повреждений, при диагностике и формировании клинического диагноза у детей

с травматическими ампутациями фаланг пальцев и пястных костей была использована классификация Аллена [3].

Использованы стандартные методы статистической обработки материала.

Результаты и обсуждение

Все пациенты с открытыми переломами, травматическими ампутациями, большими кожными дефектами нуждались в специализированной хирургической помощи, в связи с чем были госпитализированы в неотложном порядке. Механогенез вышеуказанных травматических поражений в исследуемых случаях был весьма разнообразен и включал в себя прищемление пальцев дверью, порез ножом, осколками разбившихся стаканов и бутылок, придавление тяжелыми предметами.

Возрастной диапазон детей с повреждениями кисти начинается от 10 месяцев и завершается 17 годами: до 3 лет пролечен 31 (30,1%) ребенок, от 4 до 7 лет — 35 (33,7%) детей, 8 лет и старше было 38 (36,7%) детей. Средний возраст составил $7,6 \pm 4,1$ года. В половом соотношении мальчики (69,7%) преобладали над девочками (30,3%).

В зависимости от степени тяжести открытого повреждения пальцев кисти определяли показания к разным видам оперативных вмешательств: расширенная первичная хирургическая обработка раны, кожная пластика местными тканями, кожная пластика ладонным лоскутом на сосудистой ножке, формирование культи фаланги пальца, остеосинтез фаланг пальцев инъекционной иглой или спицей Киршнера.

Характер травмы и особенности раны определяли, какой метод лечения является оптимальным для данного пациента. При видимом дефекте кожи, повреждении ногтевого ложа необходимо было в первую очередь диагностировать наличие перелома ногтевой фаланги. Открытые переломы ДФП чаще всего сочетаются с повреждениями ногтевого комплекса. При данной травме ребенку необходимо было произвести стабильную фиксацию костных отломков металлическим фиксатором и восстановить целостность ногтевого ложа с использованием нерассасывающегося шовного материала.

При дефектах мягких тканей детям выполнялась кожная пластика местными тканями: это либо мобилизация краев раны путем иссечения подкожно-жировой клетчатки и обычное сведение краев раны узловыми швами, либо кожная пластика встречными треугольными лоскутами.

При обширных дефектах мягких тканей ДФП и недостаточной площади кожи для пластики

мы производили фиксацию раневой поверхности к выделенному ладонному кожно-жировому лоскуту с дальнейшим выполнением второго этапа пластики через 3—4 недели, который заключался в рассечении сосудистой ножки между пальцем и ладонью и формированием нормального кончика пальца.

Оценка отдаленных результатов оперативного лечения открытых повреждений дистальных фаланг пальцев кисти показала, что хватательная функция кисти не страдала, за исключением случаев обширного повреждения 1 пальца кисти. Косметический результат во всех случаях был удовлетворительным.

Литература

1. Кадыров, М. С. Метод выбора хирургического лечения при сложных травмах ногтевых фаланг пальцев кисти / М. С. Кадыров // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. — 2014. — Т.14, № 12. — С. 99—102.
2. Ходжабаган, З. С. Хирургическая тактика при травмах дистальных фаланг пальцев кисти (обзор литературы) / З. С. Ходжабаган, К. П. Пшениснов, Д.О. Абраамян и др. // Вопросы реконструктивной пластической хирургии. — 2016. — № 1 (56). — С. 74—92.
3. Allen, M. J. Conservative management of finger tip injuries in adults / M. J. Allen // Hand. — 1980. — Vol. 12, № 3. — P. 257—265.

ЦЕЛИАКИЯ С ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.34

А.Н. Дмитриев, Ю.М. Ахматова, Ю.М. Хусаинова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Классические проявления целиакии связаны с поражением желудочно-кишечного тракта, однако в четверти случаев у взрослых заболевание проявляется внекишечными проявлениями, что придает разнообразие клинике и затрудняет диагностику. В статье приводится клинический случай атипичного течения целиакии с преимущественно кожными проявлениями.

Ключевые слова: целиакия, внекишечная манифестация.

CELIAC DISEASE WITH EXTRAINTESTINAL MANIFESTATIONS: A CASE REPORT

A.N. Dmitriev, Yu.M. Ahmatova, Yu.M. Khusainova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Classical manifestations of celiac disease are associated with gastrointestinal lesions, but in a quarter of cases the disease in adults is manifested by extraintestinal manifestations, which adds variety to the clinic and makes it difficult to diagnose the disease. In this article, we present the clinical case of atypical celiac disease with a predominance of cutaneous manifestations.

Keywords: celiac disease, extraintestinal manifestations.

Введение

Целиакия — хроническое генетически детерминированное заболевание, характеризующееся непереносимостью глютена (сложного белка, входящего в состав ряда злаковых культур: ржи, овса, ячменя и пшеницы), с развитием в классических случаях синдрома мальабсорбции и ги-

Выводы

1. Опорным моментом выбора метода оперативного лечения открытой травмы дистальной фаланги пальцев у ребенка является уровень и глубина повреждения в сочетании со степенью загрязненности раневой поверхности.

2. Хирургическое лечение открытых повреждений дистальных фаланг пальцев кисти у детей предусматривает максимально органосохраняющую интраоперационную тактику, что непосредственно влияет на функциональный результат, занимающий одно из важнейших мест в познании окружающего мира и саморазвитии ребенка именно путем активных действий кистью.

порегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки [1].

До недавнего времени целиакия считалась в России одним из редких заболеваний. Ее распространенность среди населения России точно не установлена, однако с появлением методов серологической диагностики (антитела к тканевой

трансглутаминазе, эндомиозиуму) стало возможным проведение широких скрининговых исследований, что улучшило ее диагностику. В современной литературе приводятся данные о колебании заболеваемости от 1:1000 до 1:100 и отмечается тенденция к росту [2].

Обращает внимание, что в 22% случаев целиакия характеризуется внекишечными проявлениями, среди которых одним из наиболее тяжелых является герпетический дерматит Дюринга, встречающийся в 5% случаев. Его развитие связано с наличием антител к тканевой трансглутаминазе, перекрестно реагирующих с эпидермальной трансглутаминазой сосочкового слоя дермы. Известно также, что запоздалая диагностика «классической» целиакии ведет к развитию тяжелых осложнений, таких как ее рефрактерность, язвенный еуноилеит, коллагеновая спру, Т-клеточная лимфома кишечника, а назначение безглютеновой диеты приводит к регрессу разнообразных проявлений заболевания и к предупреждению осложнений [3; 4].

Цель работы

Демонстрация клинического случая целиакии, характеризующегося преобладанием эритематозных и везикулезно-папулезных поражений кожи при «стертости» кишечных расстройств.

Материалы и методы

Пациентка А., 22 года, жалуется на периодические зудящие папулезно-везикулезные высыпания на разгибательной поверхности предплечий, нижних конечностях, голове и туловище, а также на сопутствующие им слабые боли в животе неопределенной локализации. На месте лопающихся везикул появлялось мокнутие («колготки прилипали к ногам»). Их появление ассоциируется с употреблением продуктов из пшеничной муки грубого помола.

Из анамнеза известно, что впервые постоянные «неопределенные» боли в животе и высыпания появились в 2 года. Участковым педиатром была направлена в Центр детской дерматологии и аллергологии г. Екатеринбурга с диагнозом «атопический дерматит, диссеминированный нейродермит», где, начиная с 6 лет, ежегодно лечилась стационарно без стойкого эффекта. Было отмечено отставание в возрастном физиологическом наборе массы тела.

В 2008 году (в 13 лет) была заподозрена целиакия. При серологическом обследовании в Центре детской дерматологии были выявлены антитела к глиадину. Направлена в гастроэнтерологическое отделение ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга для уточнения диагноза «целиакия».

При фиброгастроудоденоскопии с микроскопией биоптата слизистой двенадцатиперстной кишки диагноз «целиакия» был подтвержден (рис. 1).

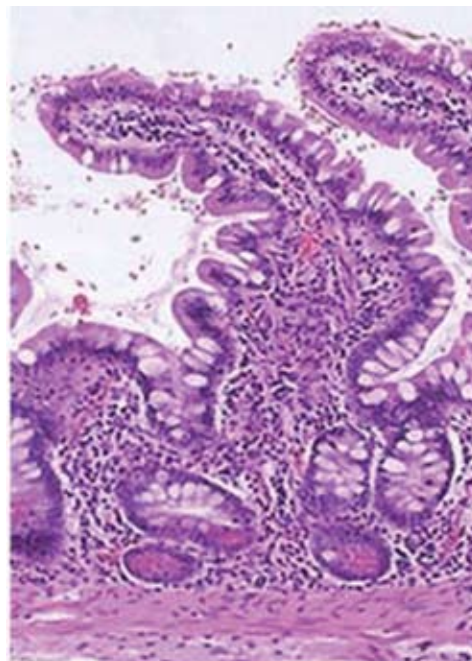


Рис. 1. Гистологическая картина слизистой двенадцатиперстной кишки (повышенная инфильтрация эпителия ворсинок «межэндотелиальными лимфоцитами» + удлинение крипт; отношение высоты ворсинки к глубине крипты менее 2:1; частичная атрофия ворсинок)

Была назначена безглютеновая диета, приведшая к регрессу дерматологических проявлений и абдоминальных болей.

В настоящее время пациентка отмечает появление зудящих папулезно-везикулезных высыпаний на коже живота, спины, головы и разгибательных поверхностях локтей и предплечий (рис. 2, 3) лишь после погрешностей в диете.



Рис. 2. Папулезно-везикулезные высыпания и эксориации на животе



Рис. 3. Папулезно-везикулезные элементы на разгибательной поверхности предплечья

Результаты и их обсуждение

Особенностью данного клинического случая явилась манифестация заболевания преимущественно симптомами поражения кожных покровов,

сходными с картиной атопического дерматита, при «стертости» кишечных проявлений целиакии, что определило длительность диагностического поиска причины поражения кожи.

Выводы

1. В каждом четвертом случае целиакия протекает атипично, поэтому важна настороженность терапевта и дерматолога в плане возможности атипично протекающих ее вариантов, в частности — с преимущественно дерматологическими проявлениями.

2. Проведение серологического обследования пациентов с состояниями, подозрительными на внекишечные проявления целиакии (выявление антител к тканевой трансглутаминазе, эндомизиуму), позволит своевременно диагностировать целиакию, назначить аглютеновую диету и тем самым добиться не только регресса дерматологических и классических клинических проявлений заболевания, но и предотвращения возможных осложнений.

Литература

1. Бельмер, С. В. Целиакия: состояние проблемы / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. А. Коваленко // Лечащий врач. — 2003. — № 6. — С. 69—71.
2. Дорофеев, Э. Ф. Целиакия и ее внекишечные проявления / Э. Ф. Дорофеев, Н. Н. Руденко // Новости медицины и фармации. — 2012. — № 434. — С. 23—26.
3. Kochhar, G. S. Celiac disease: managing a multisystem disorder / G. S. Kochhar, T. Singh, A. Gill, D. F. Kirby // Cleve Clin J Med. — 2016. — Vol. 83. — P. 217—227.
4. Volta, U. The changing clinical profile of celiac disease: A 15-year experience (1998—2012) in an Italian referral center // BMC Gastroenterol. — 2014. — Vol. 14. — P. 194—196.

Адрес для переписки: yulyahus@mail.ru

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ОСНОВАНИИ АНКЕТНОГО ОПРОСА

УДК 616.5-002.525.2:616.31

Л.А. Каминская, А.С. Трубчанинова, А.В. Самсонычева, А.Т. Калмурзаева

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена анализу стоматологического здоровья больных системной красной волчанкой. В результате анонимного анкетного опроса и ответов 37 респондентов женского пола выявлена хроническая форма у 78,3%, острая — у 21,7%. Респонденты отметили у себя наличие галитоза (36%), ксеростомию (19%), в состоянии каймы губ — экссудативную форму хейлита (7%), эрозивно-язвенную (29%), типичную (64%). Расчет индекса КПУ показал высокое значение ($16,9 \pm 3,4$) у больных с хронической формой в сравнении с острой ($10,6 \pm 2,5$).

Ключевые слова: системная красная волчанка, стоматологическое здоровье.

ANALYSIS OF DENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ON THE BASIS OF THE QUESTIONNAIRE SURVEY

L.A. Kaminskaya, A.S. Trubchaninova, A.V. Samsonycheva, A.T. Kalmurzayeva

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the analysis of dental health of patients with systemic lupus erythematosus. The survey and responses of 37 female respondents revealed a chronic form of 78.3%, an acute 21.7%. Respondents noted the presence of halitosis (36 %), xerostomia (19 %), exudative form of halite (7 %) , erosive-ulcerative form (29%), typical form (64 %), the calculation of CFR index showed a high value (16.9 ± 3.4) in patients with chronic form in comparison with acute form (10.6 ± 2.5).

Keywords: systemic lupus erythematosus, dental health.

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) (Код по МКБ 10 — М.32. Системная красная волчанка) — неизвестной этиологии системное аутоиммунное заболевание. Заболеваемость СКВ — от 4 до 250 случаев на 100 000 населения. Отличительной особенностью является вовлечение в патологический процесс новых органов и систем на любой стадии заболевания; хроническое течение с чередованием ремиссий и обострений. Различают патологические изменения со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, почек. Осложнениями являются сахарный диабет, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, остеопороз [9; 10]. Для СКВ характерна гиперпродукция органоспецифических аутоантител к различным тканевым белкам. Происходит образование иммунных комплексов и отложение преимущественно в микроциркуляторном русле. Процессы, связанные с удалением фиксированных комплексов, приводят к высвобождению лизосомальных ферментов, повреждению тканей и развитию иммунного воспаления. Происходящие патохимические события вызывают изменения в полости рта. Особенности развития стоматологических заболеваний при СКВ представлены в исследованиях [2; 3; 5; 13].

Цель работы

Анализ частоты и специфики проявлений патологических изменений состояния полости рта у женщин, больных СКВ.

Материалы и методы

В форме анонимного анкетирования проведен опрос в социальных сетях, на заданные вопросы ответили частично или полностью 37 больных СКВ. Полученные данные обработаны с привлечением статистических методов исследования в программе Microsoft Office Excel.

Обсуждение результатов

В ходе проведения анкетного опроса были поставлены вопросы: форма заболевания СКВ;

возраст пациента и возраст постановки диагноза; степень проявления СКВ на красной кайме губ; проблемы с выделением слюны, запахом изо рта; сроки прорезывания зубов и формирования сменного прикуса, состояние зубных рядов (для расчета нами показателя КПУ). В проведенном опросе приняли участие только женщины. Женщины страдают в 8–10 раз чаще мужчин, начало заболевания — в возрасте от 20 до 40 лет [6]. СКВ имеет проявления в 2-х формах: хронической, относительно доброкачественной, и острой, протекающей тяжело. По результатам проведения нашего опроса хроническая форма СКВ поставлена 78,3% ответивших на вопросы, острая форма обнаруживается у 21,7%. Распределение анкетированных по их возрасту, срокам начала проявления симптомов заболевания — на рис.1 и рис. 2.

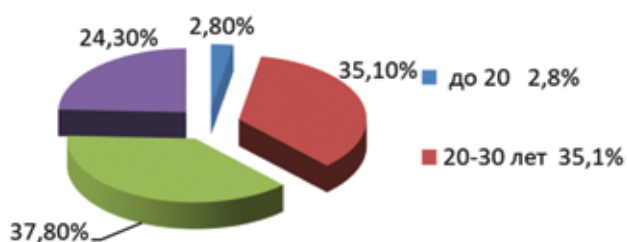


Рис. 1. Распределение по возрасту анкетированных респондентов с СКВ

Примерно у половины респондентов (48,6%) первые симптомы заболевания появились между 20 и 30 годами. Ранее в проведенном нами исследовании [9] получено близкое распределение: возраст постановки диагноза до 20 лет — 25%, 21–30 лет — 50%, после 30 лет — 31%. При обеих формах СКВ могут поражаться красная кайма губ и слизистая оболочка рта, возникать ксеростомия [11]. Выделяют 4 клинические формы волчанки красной каймы. В среднем, экссудативно-гиперемическая форма (без клинически выраженной атрофии) проявляется у 11%, эрозивно-язвенная форма (преобладает поражение нижней губы) — 43%, типичная форма красной каймы губ при волчанке (без выраженной инфильтрации или в виде огра-

ниченных инфильтрированных очагов) — у 46 % [14]. В нашем исследовании мы ориентировались на субъективную оценку участников опроса. На вопрос о состоянии каймы губ откликнулись 28 респондентов: экссудативную форму хейлита отметили 7,1% (2 чел.), эрозивно-язвенную — 28,6% (8 чел.), типичную — 64,3% (18 чел.).

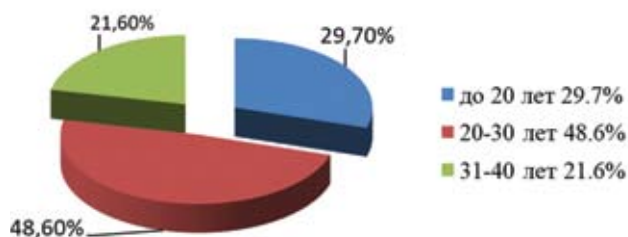


Рис. 2. Проявление первых признаков заболевания СКВ (возраст респондентов)

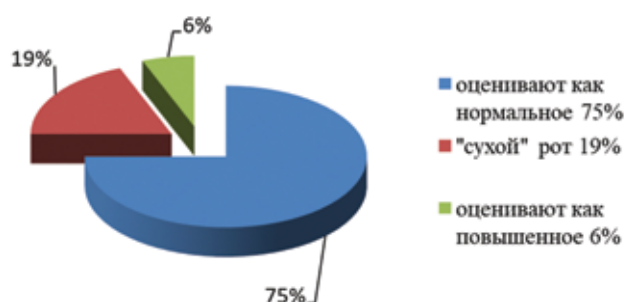


Рис. 3. Слюноотделение у респондентов с СКВ

На вопрос о наличии галитоза получено 36 ответов: утвердительно ответили 13 женщин (36,1% опрошенных). Дурной запах изо рта обусловлен многими причинами, связанными с заболеванием органов пищеварительного тракта, аутоиммунными поражениями, вызывая снижение саливации, что входит в общую клиническую картину СКВ. Важным показателем состояния гематосаливарного барьера является слюноотделение. При проведении опроса было выявлено, что 28 анкетированных (75,7%) не отмечают изменения слюноотделения, но достаточно большая часть пациентов (19,4%) страдают ксеростомией (рис. 3). Эта величина выше, чем в популяции, но ниже возможного возникновения «сухого» рта, которое может проявляться у 75% больных СКВ [8]. Прием препаратов группы глюкокортикоидов — основных лекарственных средств при лечении СКВ — сопровождается возникновением сухости рта, как это наблюдается при гиперкортицизме [7, с. 429]. В качестве заместительной терапии по показаниям больные СКВ могли бы получать лечение препаратами, смягчающими проявления синдрома «сухого рта» [4]. Прорезывание зубов у 32 опрошенных (88,9%) произошло в обычные

сроки, у 4 чел. (11%) — в более поздние. Время смены зубов без патологий и осложнений отметили 80,6% пациентов, у 11,1% во время смены зубов в постоянном прикусе наблюдалась адентия. Обычно частота встречаемости адентии колеблется от 0,15 до 10,4%. По данным С.Х. Агаджаняна (1983), адентия отдельных зубов встречается у 21,5% пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью [1].

Раннее развитие кариеса указывает как на нарушение формирования эмали в период внутриутробного развития, так и после прорезывания зубов. Наличие у себя раннего кариеса (детский возраст) отметили 48,6% опрошенных, что не превышает показатель у детей без СКВ. Исследования на больших рандомизированных группах детей (г. Харьков, в среднем по 110 чел.), выявили распространенность кариеса постоянных зубов: возраст 6—7 лет — 31,5%; 8—9 лет — 61,3% (обе величины рассматриваются как средняя); 10—11 лет — 87,4% (высокая) [12]. В результате проведенного нами опроса было выявлено, что большинство обследуемых имеют кариес, пломбированные и удаленные зубы. В группе больных хронической формой СКВ у 20% не было кариозных зубов, но у всех были пломбированные и удаленные. Стоматологический статус и расчет величины КПУ представлены в табл. 1. У больных хронической и острой формами СКВ имеются достоверные отличия между показателями: количество пломбированных зубов; сумма (кариозные + пломбированные зубы); величина КПУ (табл. 1). Для людей в возрасте около 35 лет уровень КПУ от 12,8 до 16,2 считается высоким, а больше 16,3 — очень высоким [14].

В исследованиях, проведенных в 2006 году (возраст пациентов 19—50 лет), получены аналогичные результаты расчета КПУ при разных формах СКВ: хроническая ($15,1 \pm 5,4$), подострая ($13,9 \pm 6,1$), острая ($12,3 \pm 6,0$) [13]. По данным нашего опроса, пломбированных зубов достоверно больше у больных хронической формой в 2,5 раза по сравнению с острой формой. Пломбированные зубы можно считать показателем интенсивности кариеса за период заболевания, предшествующий анкетированию. Для острой формы характерно «острое» начало, в последующие 3—6 месяцев наблюдается выраженная полисиндромность, на первый план выступает поражение органов, проводится интенсивная терапия [11]; очевидно, на этом фоне явления кариеса развиваются более медленно. Хроническая форма является длительной, захватывает широкий спектр метаболических изменений, в том числе и полость рта.

Выводы

Проведенное дистантное анкетирование группы больных СКВ позволило обнаружить наличие галитоза у 36 %, ксеростомии — у 19 %, в состоянии каймы губ эксудативную форму хейлита — у 7%, эрозивно-язвенную — у 29%, типичную —

у 64 %. Выявлено высокое значение КПУ ($16,9 \pm 3,4$) у больных с хронической формой СКВ в сравнении с острой ($10,6 \pm 2,5$). Результаты опроса показали, что больные СКВ умеют оценить состояние своего стоматологического здоровья, что важно для поддержания качества жизни.

Таблица 1

Стоматологический статус анкетированных

Состояние зубов	Форма СКВ, средние значения, (интервалы измеряемых величин)	
	хроническая	острая
Кариес	$3,7 \pm 2,6$ (0 – 8)	$4,1 \pm 2,7$ (1 – 7)
Пломбированные*	$10,5 \pm 1,8$ (8 – 14)	$4,1 \pm 2,5$ (1–11)
Удаленные	$3,6 \pm 1,9$ (1 – 8)	$3,4 \pm 2,9$ (1 – 8)
Кариес + пломбированные*	$7,0 \pm 4,2$	$4,1 \pm 2,6$ (1 – 8)
КПУ*	$16,9 \pm 3,4$ (11 – 25)	$10,6 \pm 2,5$ (7 – 15)
* $p < 0,05$		

Литература

1. Богатов, В. В. Частота встречаемости первичной адентии среди детей и подростков // Материалы VII Всероссийского научного форума с международным участием / В. В. Богатов, О. А. Гаврилова, О. В. Левченко. — М., 2005. — С. 39–41.
2. Гринин, В. М. Клиническая симптоматика проявлений системной красной волчанки на кожных и слизистых покровах челюстно-лицевой области / В. М. Гринин, В. Ю. Сундуков // Клиническая стоматология. — 2011. — № 1 (57). — С. 40–42.
3. Гринин, В. М. Пародонтит при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме: взаимосвязь факторов системной патологии / В. М. Гринин, В. Ю. Сундуков // Пародонтология. — 2011. — Т.16, № 3 (60). — С. 42–44.
4. Деркачева, Е. И. Влияние препарата «SALIVA+» на качество жизни пациентов с ксеростомией на фоне антигипертензивных препаратов / Е. И. Деркачева // Уральский медицинский журнал. — 2015. — № 6 (129). — С.44–47.
5. Елькова, Н. Л. Стоматологический статус больных системной красной волчанкой [Электронный ресурс] / Н. Л. Елькова, О. В. Ларина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — Т. 19. — Вып. 16 (135). — С. 188–190. URL: <http://dspace.bsu.edu.ru/handle/123456789/16447>.
6. Клюквина, Н. Г. Современная патогенетическая терапия системной красной волчанки [Электронный ресурс] // Эффективная фармакотерапия. Ревматология. Травматология. Ортопедия: электрон. научн. журн. — 2011. — № 1. URL:<http://umedp.ru/articles/>.
7. Механизмы развития стоматологических заболеваний. Учебное пособие / под ред. Л. П. Чурилова. — СПб.: ЭЛБИ-СПб. — 2006. — 534 с.
8. Морозова, С. В. Ксеростомия: Причины и методы коррекции / С. В. Морозова, И. Ю. Мейтель // Медицинский совет. — 2016. — № 18. — С. 124–127.
9. Морозова, А. А. Корреляция биохимических показателей крови в оценке эффективности лечения больных системной красной волчанкой препаратами группы глюкокортикоидов [Электронный ресурс] / А. А. Морозова, Е. В. Зубарева, Л. А. Каминская // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: мат. III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 3–5 апреля 2018 г.). — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. URL: http://usma.ru/gallery/science/nomus/2017–2018/Sbornik_statuey_III_MNPK_UGMU_2018_Tom_1.pdf.
10. Погребная, М. В. Патология органов дыхания при системной красной волчанке / М. В. Погребная, О. П. Фомина, С. А. Горячева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2016. — Вып. 59. — С. 77–86.
11. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки [Электронный ресурс] / G. Bertsias, J. Ioannidis, J. Boletis, S. Bombardieri // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 1. — С. 93–98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/rekomendatsii-eular-po-lecheniyu-sistemnoy-krasnoy-volchanki>.
12. Спиридонова, К. Ю. Сравнительный анализ показателей распространенности и интенсивности кариеса

зубов у детей в возрасте 6—11 лет Харьковского региона [Электронный ресурс] / К. Ю. Спиридонова // Мир медицины и биологии. — 2013. — № 2. — С. 153—154. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sravnitelnyy-analiz-pokazateley-rasprostranennosti-i-intensivnosti-kariesa-zubov-u-detey-v-vozhraze-ot-6-do-11-let-harkovskogo-regiona>.

13. Теляева, Н. Н. Особенности зубочелюстной системы при системной красной волчанке [Электронный ресурс] / Н. Н. Теляева, С. Р. Рузуддинов // Научно-практическая ревматология. — 2006. — С. 167. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zubochelyustnoy-sistemy-pri-sistemnoy-krasnoy-volchanke>.

14. URL: <https://cf.ppt-online.org/files/slide/y/yPnTOvYqjciEg2DbHfzhuJatXRSGC4xKQAl87s/slide-12.jpg>.

Адрес для переписки: ugma@yandex.ru

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОПИСТОРХОЗА В ГИПЕРЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ. НАДЗОР, КОНТРОЛЬ И ПРОФИЛАКТИКА

УДК 616.995.122:614.4

И.И. Козлова, Е.И. Сисин, Н.А. Остапенко

*Центр гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре,
г. Ханты-Мансийск, Российская Федерация*

Заболееваемость описторхозом и его распространенность в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре значительно превышают средние показатели по Российской Федерации. По-прежнему ведущим фактором заражения описторхисами остается рыба семейства карповых, что обусловлено не только ее высокой зараженностью, но и «рискованными» способами кулинарной обработки, используемыми населением. Проблемными остаются вопросы централизованного обеззараживания рыбы, выловленной в регионе, а также способы очистки сточных вод, эффективные в отношении описторхисов. Имеет значение и недостаточная грамотность населения в отношении риска инвазии и ее профилактики.

Ключевые слова: описторхоз, распространенность, эпиднадзор.

MANIFESTATIONS OF THE EPIDEMIC PROCESS OF OPISTHORCHOSIS IN THE HYPERENDENIC REGION. OVERSIGHT, CONTROL AND PREVENTION

I.I. Kozlova, N.A. Ostapenko, E.I. Sisin

Center of hygiene and epidemiology in Khanty-Mansiysk autonomous okrug — Yugra, Russian Federation

The incidence of opisthorchiasis and its prevalence in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra significantly exceed the average for the Russian Federation. As before, the fish of the carp family remains the leading factor in the infection of opisthorchis, which is due not only to its high infection rate, but also to the «risky» ways of culinary processing used by the population. Problems remain centralized disinfection of fish caught in the region, as well as ways of wastewater treatment effective against opisthorchis. The lack of literacy of the population with respect to the risk of invasion and its prevention is also important.

Keywords: opisthorchiasis, prevalence, surveillance.

Введение

Описторхоз по-прежнему остается самым распространенным биогельминтозом в Российской Федерации [5; 6]. Заболееваемость описторхозом в гиперэндемичной зоне Обь-Иртышского бассейна [1; 2; 3; 4] в десятки раз выше, чем в целом по России (14,2 на 100 тыс.), и достигает в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре (далее — автономный округ) показателя 259,0 на 100 тыс. жителей.

Цель работы

Дать характеристику эпидемического процесса описторхоза и его детерминант в Ханты-

Мансийском автономном округе — Югре для определения ключевых направлений надзора и контроля за инвазией.

Материалы и методы

Исследование проведено в период с 2002-го по 2017 год на базе Центра гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре.

Для решения поставленных задач были использованы эпидемиологический, социологический, статистический методы исследования.

Заболееваемость описторхозом анализировали по формам № 1, 2 «Сведения об инфекционной

и паразитарной заболеваемости». Для изучения распространенности инвазии использовали копрологическое обследование жителей автономного округа, которое проведено методом Като (318 776 человек) и эфир-укусного осаждения (155 441 человек). Инвазированность рыбы метацеркариями описторхисов определяли компрессионным методом. Всего на зараженность было исследовано 1 908 экземпляров рыбы.

Для определения степени риска и условий заражения описторхозом жителей был проведен опрос методом анкетирования. Всего по специально разработанной анкете, содержащей 17 вопросов, были опрошены 205 человек. Разработанная шкала определения групп риска инвазии предполагала 2 основных критерия, а именно: употребление рыбы семейства карповых и применение различных способов ее кулинарной обработки с оценкой степени их воздействия на возбудителя описторхоза.

Все опрошенные были разделены на 3 группы. К первой группе (высокого риска) были отнесены 85 человек, указавших на употребление рыбы семейства карповых и использующих кулинарную обработку, не обеспечивающую уничтожение возбудителя (вяление, холодное копчение, поедание в сыром виде — хе, строганина, расколотка).

Ко второй группе (среднего риска) были отнесены 67 человек, употреблявшие рыбу семейства карповых после кулинарной обработки, теоретически обеспечивающей уничтожение возбудителей описторхоза (варка, соление, жарение, горячее копчение).

В третью группу (низкого риска) мы включили тех, кто не употреблял рыбу вообще или семейства карповых в частности.

Результаты и обсуждение

Заболеваемость описторхозом жителей Ханты-Мансийского автономного округа — Югры за 2002—2017 годы с учетом среднего многолетнего уровня (СМУ) составляла $655,9 \pm 0,75\%$, хотя и проявляла тенденцию к снижению, со средним годовым темпом 7,2% (рис. 1).

Наиболее высокая заболеваемость описторхозом имела место в 3-х районах округа, показатели среди жителей которых были значительно выше СМУ. Это были Советский (1059,1‰), Белоярский (768,3‰) и Нижневартовский (760,8‰) районы. Наименьшей была заболеваемость описторхозом в Нефтеюганском (64,0‰), Кондинском (109,7‰), Сургутском (115,3‰) районах.

Описторхоз регистрировался во всех возрастных группах, включая детей до года. В 2017 г. наибольшая заболеваемость была зарегистрирована среди взрослых — 310,8 на 100 тыс. Среди детей заболеваемость составляла в показателях 91,0 на 100 тыс. соответствующего контингента, увеличиваясь в динамике в каждой последующей возрастной группе. Так, если в группе детей до года заболеваемость описторхозом была 24,7 на 100 тыс., то в группе 1—2 года она была 17,7 на 100 тыс., в 3—6 лет — уже 49,3 на 100 тыс., в 7—14 лет — 118,4 на 100 тыс., а в группе 15—17 лет — 169,7 на 100 тыс.

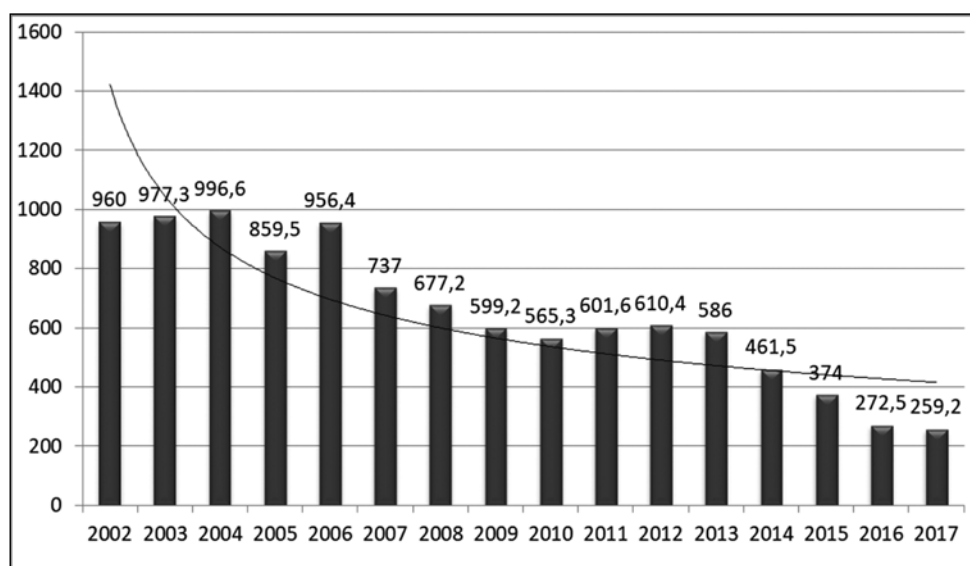


Рис. 1. Заболеваемость описторхозом в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре (на 100 тыс. населения)

Доля мужчин с диагностированным описторхозом была больше, чем доля женщин. На их долю приходилось 59,8% от всех заболевших. Данная закономерность обусловлена более частым

употреблением ими необеззараженной рыбы как основной и наиболее доступной закуски, а также несоблюдением правил приготовления рыбы во время рыбалки.

При анализе помесечного распределения случаев заболевания населения описторхозом выраженной сезонности не наблюдалось. Однако месяцами с наиболее высоким уровнем заболеваемости были апрель, ноябрь и декабрь. Заболеваемость в эти месяцы составляла 26,9, 27,8 и 26,2 на 100 тыс. обследованных соответственно при сезонной надбавке 16,3%.

При анализе частоты выявления инвазии при лабораторном обследовании различных групп населения автономного округа наибольшая частота инвазии была зарегистрирована в г. Ханты-Мансийске — 4 419,6 на 100 тыс., а также еще в 4-х районах ХМАО: Советском — 2 572,6 на 100 тыс., Нефтеюганском — 2 350,0 на 100 тыс., Белоярском — 1 921,4 на 100 тыс. и Нижневартовском районе — 1800,0 на 100 тыс.

Одним из условий, поддерживающих активность очага описторхоза в округе, является недостаток низкотемпературных камер для обеззараживания рыбы, что ежегодно подтверждается обнаружением необезвреженных описторхисов в рыбе семейства карповых в пробах из торговой сети и рыбоперерабатывающих предприятий. Среднее количество положительных проб на описторхисы в рыбе за последние пять лет составило $9,5 \pm 0,7$ на 1000 исследований. Несмотря на то, что число положительных проб за последние пять лет снизилось в 14 раз, или с 31,0 на 1000 проб в 2013 году до 2,0 на 1000 проб в 2017 году, при среднегодовой добыче рыбы в 16,7 тыс. тонн, объемы необеззараженной рыбы исчисляются десятками тонн.

В автономном округе по сию пору остается нерешенным вопрос введения в эксплуатацию на канализационных очистных сооружениях промышленных методов дезинвазии сточных вод. Из двадцати двух муниципальных образований дезинвазия сточных вод осуществляется лишь в десяти. Можно констатировать, что заболеваемость описторхозом и инвазированность населения в муниципальных образованиях региона, использующих дезинвазию сточных вод, ниже в 1,8 и 1,6 раза соответственно.

Вызывает озабоченность низкая доля пролеченных больных описторхозом. Так, из 52 158 пациентов, состоявших на диспансерном учете в 2017 году, пролечены лишь 7 824 человека (15,0%). Большая часть пациентов с описторхозом (63,3%) отказываются от лечения, считая его неэффективным, и только у 16,1% пациентов были выявлены противопоказания к дегельминтизации.

При проведении опроса методом анкетирования жителей автономного округа, с последующим распределением по группам риска, было установлено, что доля лиц с высоким риском описторхоза несколько превышала долю лиц со средним риском и была достоверно выше количества лиц с низким риском. Наибольшее количество лиц с высокой и средней степенью риска было среди тех, кто сам занимался рыбной ловлей (60,0%). Большинство опрошенных (89,3%) ловили рыбу в местных водоемах, причем 42,1% делали это регулярно (рис. 2).

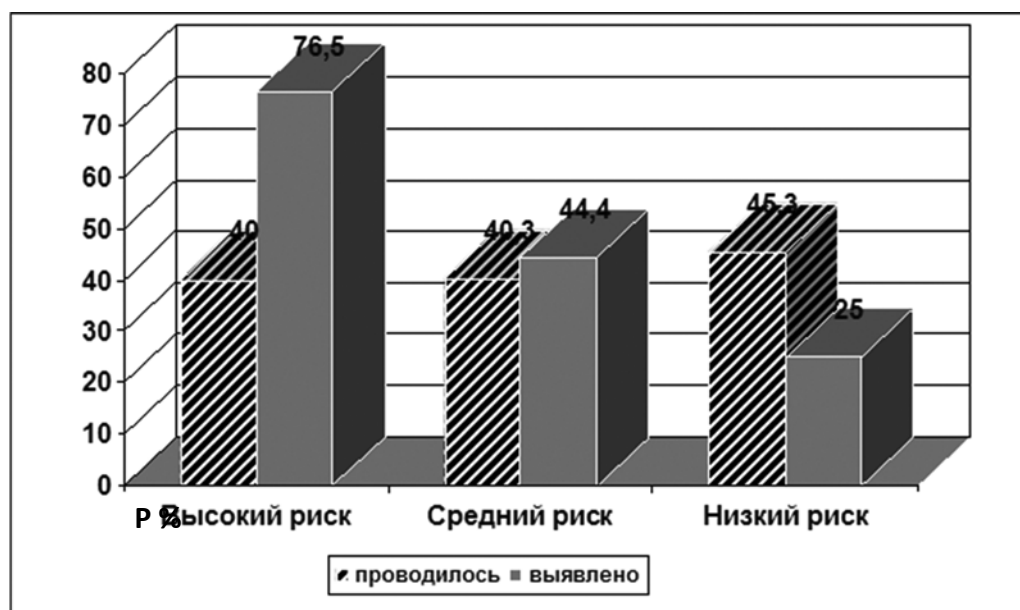


Рис. 2. Соотношение степени риска, проведения обследования и выявления описторхоза

Более половины (55,9%) опрошенных не применяли необходимой для уничтожения паразита кулинарной обработки рыбы. Среди «рискованных» кулинарных обработок отдавали предпочтение таким как вяление (56,5%) и холодное копчение (76,5%). Реже готовили хе и строганину (30,6% и 21,2% соответственно).

Большинство опрошенных, или 80,0%, составляли некоренные (пришлые) жители, хотя различий по степени риска инвазии у «пришлых» и коренных жителей округа мы не установили.

Среди опрошенных со стажем проживания на Севере более 30 лет доля лиц высокого риска инфицирования достигала 60,0% ± 21,9. Пораженность описторхозом однозначно коррелировала с северным стажем и среди живущих в регионе более тридцати лет: у 80,0% ± 17,9 диагноз описторхоза был подтвержден лабораторно, а у 20,0% ± 17,9 имелись косвенные признаки присутствия возбудителя.

По нашим данным, чем выше была степень риска инвазии, тем меньшим — количество обследованных в группе и выше доля подтвержденного диагноза описторхоза.

Очевидно, что лица, относящиеся к группе высокого риска, не только пренебрегали надежными способами кулинарной обработки, но и были менее всего заинтересованы в поддержании своего здоровья, недооценивали степень опасности инвазии, в том числе, возможно, вследствие не-

достаточного информирования по вопросам профилактики описторхоза.

Выводы

1. Заболеваемость описторхозом в автономном округе, несмотря на тенденцию к ее снижению, остается крайне высокой. В 2017 году она составляла 259,0‰, превышая среднероссийский показатель в 18,2 раза.

2. Заболеваемость описторхозом регистрируется во всех возрастных группах, больше среди взрослых (310,8 на 100 тыс.). Среди детей заболеваемость и пораженность с возрастом увеличивается от 24,7 на 100 тыс. в группе детей до года до 169,7 на 100 тыс. в группе детей 15—17 лет.

3. Проблемными в автономном округе остаются вопросы обеззараживания сточных вод, обезвреживания рыбы перед поступлением в торговую сеть и дегельминтизации населения.

4. Основными факторами, поддерживающими эпидпроцесс описторхоза, являются: употребление населением в пищу рыбы семейства карповых (преимущественно язя), приготовленной с использованием рискованных способов кулинарной обработки (соление, вяление, строганина, холодное копчение), без применения термической обработки; крайне низкая приверженность к лечению и профилактике, что ставит задачу смены парадигмы в системе гигиенического воспитания населения автономного округа.

Литература

1. Гузеева, Т. М. Особенности эпидемиологии и профилактики описторхоза в нефтегазовых комплексах Западной Сибири: автореф. дис. ... к.м.н. / Т. М. Гузеева. — М., 1996. — 23 с.
2. Гузеева, Т. М. Оптимизация эпидемиологического надзора за биогельминтозами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. М. Гузеева. — М., 2011. — 47 с.
3. Завойкин, В. Д. Структура нозоареала описторхоза в Обь-Иртышском бассейне / В. Д. Завойкин, Н. Н. Дарченкова, О. П. Зея // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 1991. — № 6. — С. 25—28.
4. Летюшев, А. Н. Критерии оценки активности эпидемического процесса описторхоза в крупном промышленном центре Западной Сибири и оптимизация системы эпидемиологического надзора: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Летюшев. — М., 2016. — 23 с.
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017. — 200 с.
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре в 2016 году: Государственный доклад. — Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу — Югре; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре», 2017. — 181 с.

Адрес для переписки: Evg-sisin1@yandex.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И КРИТЕРИИ ПРИ ОЦЕНКЕ РИСКОВ

УДК 618.7

О.В. Морова, А.А. Голубкова, Е.К. Богаевская

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Представлена структура инфекционно-воспалительных заболеваний у родильниц по учреждениям родовспоможения г. Екатеринбурга за 2006—2015 гг.. Установлено, что в структуре гнойно-септических инфекций родильниц наибольшую долю составляли эндометриты, частота возникновения которых зависела от тактики родоразрешения. Определены факторы риска для данной нозологии, сроки дебюта при родах через естественные родовые пути и оперативном родоразрешении и структура микроорганизмов, которые преобладали в этиологии инфекционно-воспалительных заболеваний у родильниц вообще и эндометритах в частности.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные заболевания родильниц, послеродовый эндометрит, факторы риска.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS INFECTIOUS-INFLAMMATORY DISEASES OF THE POSTPARTUM PERIOD AND CRITERIA IN RISK ASSESSMENT

O.V. Morova, A.A. Golubkova, E.K. Bogayevskaya

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The structure of nosocomial infections in Yekaterinburg maternity hospitals from 2006 to 2015 is presented. It was found that in the structure of nosocomial infections of maternity hospitals the largest proportion was made up of endometritis. The frequency of endometritis depended on the tactics of delivery. Risk factors, timing of the debut in childbirth through the natural birth canal and operational delivery, and the structure of microorganisms that prevailed in the etiology of infectious and inflammatory diseases in maternity hospitals in General and endometritis in particular.

Keywords: infectious and inflammatory diseases of maternity hospitals, postpartum endometritis, risk factors.

Введение

Инфекционно-воспалительные заболевания (далее — ИВЗ) у женщин в раннем и позднем послеродовом периоде являются одной из актуальных проблем акушерских стационаров [2; 3; 5]. Несмотря на то, что современное акушерство ориентировано на естественное ведение родов при минимальном вмешательстве в их ход медицинских работников, частота оперативных родов постоянно увеличивается, составляя по крупным акушерским стационарам до 35—40% [4]. Кесарево сечение, несмотря на совершенствование тактики операции, использование современных шовных материалов и антибиотикотерапии, создает дополнительные риски для возникновения гнойно-септических осложнений пуэрперия [1]. Однако большинство авторов считают, что заболевания пуэрперия обусловлены преимущественно эндогенной микрофлорой, а не инфицированием родильницы микрофлорой лечебного учреждения, в том числе госпитальными штаммами [2; 5].

Цель исследования

Установить факторы риска послеродовых эндометритов при разных тактиках родоразрешения для оптимизации системы эпидемиологичес-

кого надзора за гнойно-септическими инфекциями в акушерском стационаре.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ по данным годовых отчетов МАУ «Городской центр медицинской профилактики» (далее — МАУ «ГЦМП») г. Екатеринбурга за 2006—2015 гг.; анализ историй болезни (ф. № 003/у) 136 родильниц с осложненным течением послеродового периода, в том числе 73 — после операции кесарева сечения, проходивших лечение в МБУ «Центральная городская больница № 7» г. Екатеринбурга (далее — МБУ «ЦГБ № 7») в 2013 году; 166 обменных карт беременных (ф. № 113/у), 166 историй родов (ф. № 096/у) женщин, родоразрешившихся в МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (далее — МБУ «ЕКПЦ») в 2012—2013 гг. Для детального анализа факторов, способствующих развитию эндометритов, были сформированы 2 группы: опытная и контрольная. Опытную группу составили 136 женщин с эндометритом в послеродовом периоде (63 родильницы после вагинальных родов и 73 — после оперативных родов). В контрольной группе были 130 родильниц с неосложненным течением пос-

леродового периода. Критерием формирования данной группы является отсутствие клинических проявлений эндометрита после родов. В качестве методов применяли эпидемиологический и статистический методы исследования. Исследование носило ретроспективный характер, тип исследования — «случай — контроль». Полученные данные анализировали при помощи общепринятых статистических приемов, с определением средней арифметической (M), стандартной ошибки (m). По t -критерию Стьюдента рассчитывали достоверность различия показателей, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В г. Екатеринбурге заболеваемость гнойно-септическими инфекциями (далее — ГСИ) родильниц в течение анализируемого отрезка времени, т.е. в период с 2006-го по 2015 год, не имела существенных отклонений от среднемноголетнего уровня и соответствовала в абсолютных цифрах 381,6 случая в год, или в показателях на 1000 родильниц $20,56 \pm 1,04$. В структуре ГСИ преобладали эндометриты, их доля в указанный период соответствовала $91,0 \pm 0,46\%$, с колебанием в отдельные годы от $84,3 \pm 2,0\%$ (2006 г.) до $92,7 \pm 1,2\%$ (2015 г.)

Частота эндометритов не зависела от специализации учреждений родовспоможения, однако с момента пуска в эксплуатацию МБУ «ЕКПЦ» (2011 г.) наиболее высокие показатели ГСИ родильниц стали регистрироваться именно в данном учреждении ($26,84 \pm 2,44\%$ против $18,7 \pm 1,01\%$ по всем роддомам города, при $t > 2$, $p < 0,05$). При вагинальных родах этот показатель составлял $23,7 \pm 2,9\%$, при оперативных — $41,8 \pm 4,8$ ($t > 2$, $p < 0,05$).

Заболеваемость эндометритом при оперативных родах проявляла тенденцию к росту и в течение анализируемого периода распределялась довольно неравномерно, демонстрируя наибольшую инцидентность в 2012-м и 2013 гг. за счет более высокого уровня заболеваемости в МБУ «ЕКПЦ» ($40,2 \pm 5,0$ и $39,0 \pm 4,6$ соответственно против $27,8 \pm 2,2$ и $26,1 \pm 2,0\%$ в целом по городу и $23,7 \pm 4,2$ и $22,2 \pm 3,8$ по другим учреждениям).

Для изучения факторов риска послеродовых эндометритов была проведена оценка влияния таких факторов как возраст родильницы, ее гинекологический анамнез, наличие урогенитальных заболеваний, фоновой инфекционной и соматической патологии, инфекционно-воспалительных заболеваний во время беременности и др. — это так называемые внутренние факторы. К внешним факторам отнесли объем кровопотери во время родов, продолжительность безводного периода,

количество влагилицных исследований до родов и во время родов, назначение во время родов антибактериальных препаратов.

Сравнение проведено в группах родильниц с разными тактиками родоразрешения — вагинальные роды и роды кесаревым сечением.

Заболеваемость послеродовым эндометритом при разных тактиках родоразрешения в группах существенно различалась и составляла при вагинальных родах $23,7\%$, при кесаревом сечении — $41,8\%$.

Наиболее существенные различия имели место в группе женщин старше 30 лет. При родоразрешении путем кесарева сечения доля родильниц с эндометритом была существенно выше, чем при родоразрешении через естественные родовые пути ($35,6\%$ и $14,3\%$ соответственно).

Урогенитальная инфекция во время беременности была зарегистрирована у $51,5 \pm 4,3\%$ родильниц. При этом частота урогенитальной патологии в группе женщин с оперативным родоразрешением была выше, чем у женщин с вагинальными родами ($12,7 \pm 4,0$ и $3,3 \pm 2,3$ соответственно, при $t > 2$), так же как и их количество. В группе женщин с вагинальными родами $14,3 \pm 5,9\%$ имели сочетанную патологию урогенитального тракта, тогда как у женщин с оперативными родами таких было $34,3 \pm 8,0\%$, при $t > 2$.

Кровопотеря в группе женщин с вагинальными родами у $11,1 \pm 3,9\%$ превышала 500 мл., а при родах кесаревым сечением — у $93,2 \pm 2,9\%$, составляла в среднем около 700 мл, что позволяет констатировать, что при степени вероятности 95% разность показателей является существенной.

Длительность пребывания родильниц в акушерском стационаре также имела немаловажное значение. При вагинальных родах время нахождения в родильном доме составляло 4 суток, тогда как для женщин с кесаревым сечением этот срок увеличивался до 8 суток. Было установлено, что при длительности нахождения родильниц с вагинальными родами более 5 суток относительный риск ГСИ повышался в 2,9 раза, а для женщин с абдоминальными родами пребывание в акушерском стационаре более 8 суток повышало относительный риск послеродового эндометрита в 3,6 раза.

У $43,8\%$ женщин с абдоминальным родоразрешением клинические признаки эндометрита отмечали уже на первой неделе после выписки из родильного дома, тогда как у женщин с разрешением через естественные родовые пути таких было всего $17,7\%$. Сроки появления клинических симптомов определяли и своевременность госпитализации. Так, из числа женщин с кесаревым сечением доля госпитализированных по поводу

ГСИ на второй неделе составила 41,1%, тогда как из женщин с вагинальными родами — 63,5% ($t > 2$, $p < 0,05$).

Обращало на себя внимание и то, что даже при значительных морфологических изменениях эндометрия клинические проявления не отличались выраженностью. У половины женщин отсутствовала температурная реакция, у 20–35% не было изменений в лейкоцитарной формуле. Основными жалобами при госпитализации у женщин были выделения из половых путей.

Наличие сопутствующей патологии у родильниц представляло интерес, так как, исходя из полученных нами данных, некоторые заболевания могли стать фактором риска развития послеродового эндометрита. Мы подтвердили высокий риск такой патологии как эрозия шейки матки (относительный риск составляет 1,9), бактериальный вагиноз (относительный риск — 2,4), кольпит (относительный риск — 2,2).

Оценивая количество женщин, которым проводили влагалищные исследования до начала родовой деятельности, можно отметить, что в группе женщин с вагинальными родами таких было $55,5 \pm 6,2\%$, с оперативными родами — $84,9 \pm 4,2\%$ ($t > 2$, $p < 0,05$).

При сравнительном анализе количества влагалищных исследований (2 и более) до начала родовой деятельности у женщин опытной группы такое количество исследований было проведено у $26,8 \pm 4,5\%$, тогда как в контрольной — $5,3 \pm 5,1\%$ ($t > 2$, $p < 0,05$). Такое количество влагалищных исследований повышало относительный риск послеродового эндометрита в 5,0 раза.

Другими факторами риска было раннее излитие околоплодных вод, что повышало относительный риск развития послеродового эндометрита в 2,6 раза. В опытной группе доля женщин с ранним излитием вод составляла $25,7 \pm 3,7\%$ против $10,0 \pm 5,5\%$ в контрольной ($t > 2$). Имела значение и продолжительность безводного периода (более 6 часов), что повышало относительный риск послеродового эндометрита в 2,0 раза.

Женщинам, госпитализированным в отделение с послеродовыми эндометритами, в обязательном порядке проводили бактериологическое исследование лохий, однако только в 58% были выделены микроорганизмы, которые могли рассматриваться как возбудители ГСИ. Микробный

пейзаж лохий был достаточно разнообразным. Наибольшую долю среди всех микроорганизмов составляли энтеробактерии (41,7%), на втором месте были стрептококки — 16,4%, в том числе в 7,8% — энтерококки, доля стафилококков была незначительной, не более 5%, так же как и доля грибов и неферментирующих грам(-) бактерий (НГОБ).

Микробный пейзаж биоматериалов от родильниц в МБУ «ЕКПЦ» также был представлен микроорганизмами, относящимися к разным семействам, родам и видам, а именно: стафилококки — эпидермальный, золотистый и гемолитический; стрептококки (групп А и Б); энтеробактерии (кишечная палочка, протей, клебсиелла, энтеробактер, цитробактер); неферментирующие бактерии (синегнойная палочка и ацинетобактер) и грибы (преимущественно рода Кандида).

При сравнительном анализе микробного пейзажа биоматериалов родильниц в МБУ «ЕКПЦ» и пациенток с послеродовым эндометритом в МБУ «ЦГБ № 7», можно отметить, что лидирующие позиции занимали микробы семейства энтеробактерий — 26,8%.

Выводы

1. Эндометрит является ведущей нозологической формой ИВЗ родильниц. Частота его возникновения у родильниц была достоверно выше при родоразрешении путем кесарева сечения.

2. Факторами риска послеродового эндометрита были: тактика родоразрешения, наличие сопутствующей патологии; длительность нахождения в акушерском стационаре — более 5 суток при вагинальных родах и более 8 суток при абдоминальных родах; количество инвазивных вмешательств до начала родовой деятельности.

3. В структуре микробного пейзажа наибольшую долю составляли представители семейства энтеробактерий, однако невозможность использования молекулярно-генетических методов исследования не позволяет сделать окончательный вывод об этиологии послеродового эндометрита у родильниц.

4. Для оптимизации системы эпидемиологического надзора за эндометритами наряду с традиционными бактериологическими методами при изучении их этиологии рекомендуется использовать молекулярно-генетические методы.

Литература

1. Глухов, Е. Ю. Клинико-иммунологическая характеристика пациенток с инфекционно-воспалительными осложнениями пuerперального периода / Е. Ю. Глухов, Т. А. Обоскалова, Ю. В. Игнатова, И. А. Титова // Российский иммунологический журнал. — 2010. — Т. 4 (13). — № 4. — С. 430–431.
2. Глухов, Е. Ю. Организация медицинской помощи женщинам с осложнениями послеродового периода в крупном промышленном городе / Е. Ю. Глухов, Ю. В. Игнатова, И. А. Титова, А. В. Сюзева // Практическая меди-

цина (Акушерство. Гинекология. Эндокринология). — 2013. — № 7 (76). — С. 78—82.

3. Обоскалова, Т. А. Динамика и структура инфекционно-воспалительной заболеваемости позднего послеродового периода / Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов, А. Н. Харитонов // Уральский медицинский журнал. — 2016. — № 5 (138). — С. 5—9.

4. Бутунов, О. В. 5-летний опыт применения модифицированного кесарева сечения / О. В. Бутунов, Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов // Врач. — 2014. — № 9. — С. 15—18.

5. Глухов, Е. Ю. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и организации медицинской помощи при тяжелых инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнениях позднего послеродового периода: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. Ю. Глухов. — Челябинск, 2017.

Адрес для переписки: ya.olga-morova@yandex.ru

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ

УДК 613.98

А.П. Сиденкова, Е.С. Набойченко, О.В. Галиulina, Е.Р. Тумасова, С.С. Чалый

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Вопросы здорового старения в настоящее время актуальны для всех стран Евросоюза. Наблюдаемое в последнее десятилетие увеличение доли пожилого населения ставит перед правительствами стран задачи в различных отраслях экономики по развитию таких механизмов, которые способствовали бы снижению нагрузки экономического бремени от болезней, социальных и психологических проблем стареющего населения и обеспечивали бы сохранение их здоровья в пожилом возрасте.

Ключевые слова: здоровье пожилого населения, здоровая старость, службы здравоохранения, социальная и психологическая помощь, межсекторальное взаимодействие.

CREATION OF THE MODEL OF INTERDEPARTMENTAL INTERACTION FOR THE FORMATION OF MECHANISMS OF HEALTHY AGING

A.P. Sidenkova, E.S. Naboychenko, O.V. Galiulina, E.R. Tumasova, S.S. Chaly

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The issues of healthy aging are currently relevant for all the countries of the European Union, the increase in the proportion of the elderly population observed in the past decade, challenges the governments of the countries in various sectors of the economy to develop such mechanisms that would reduce the burden of the economic burden from diseases, social and psychological problems of the aging population and would ensure the preservation of their health in the elderly.

Keywords: elderly population health, healthy old age, health services, social and psychological assistance, intersectoral interaction.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2050 году численность людей пожилого возраста составит 22%, или более двух миллиардов человек. Большинство систем здравоохранения не готовы к удовлетворению потребностей пожилых людей, имеющих хронические заболевания, в том числе представленные разнообразными возраст-специфическими синдромами, что определяет потребность в комплексной медицинской гериатрической помощи.

Тенденции, наблюдаемые в состоянии здоровья современных пожилых людей, противоречивы: так, в соматической медицине на фоне уменьшения числа случаев тяжелой инвалидност-

ти наблюдается рост показателей инвалидности средней тяжести и учащение функциональных расстройств. При этом наиболее распространенными и инвалидизирующими заболеваниями лиц старшего возраста оказываются нервно-психические расстройства, представленные грубым и прогрессирующим снижением познавательных функций. Нарастающая беспомощность и прогрессирующее течение когнитивных расстройств обуславливает возрастающую потребность пожилого населения в специальном внимании, особенном обслуживании этой группы граждан, а проявление самой болезни и утяжеление неблагоприятно сказывается на окружении паци-

ента и вызывает изменения в условиях жизни всей семьи.

В настоящее время существует явная необходимость сосредоточить внимание на тех состояниях, которые вносят наибольший вклад в бремя совокупных болезней пожилых людей. По данным ВОЗ, наиглавнейший приоритет занимает деменция, требующая координации широкого спектра разнообразных мер социальной и медицинской помощи. Сегодня проявляется большой интерес к возможности раннего ее выявления и своевременному проведению поддерживающих программ, которые позволяют пациентам с деменцией максимально долго жить самостоятельно.

Проблема оказания помощи лицам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами по своей сути является полипрофессиональной и мультисекторальной, поскольку ее решение возможно только при участии специалистов различных профессий, служб и ведомств. Причиной этого является многомерное воздействие биологических и социально-психологических факторов на ЦНС и личность пациента при формировании когнитивных расстройств. Поэтому полноценная помощь при когнитивных нарушениях ориентируется на усилия специалистов разных профилей,

что позволяет решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

В связи с этим возникает потребность в координации поставщиков медицинских, психологических, социальных, медико-санитарных и других услуг для оказания полноценной помощи пациентам с когнитивными нарушениями с максимальной ориентацией на усилия специалистов разных профилей, что позволит решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

Модель направлена на решение вопросов межведомственного взаимодействия при реализации мероприятий медицинского, социального, психологического и других направлений работы с населением с целью создания условий, обеспечивающих здоровые процессы старения, на максимально раннее начало профилактических мероприятий с группой риска по когнитивным расстройствам и своевременное оказание помощи населению старших возрастных групп с выявленными нарушениями. Такой мультидисциплинарный подход обеспечит эффективность и качество помощи данной категории граждан и членам их семей.

ЭКСТРЕННАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В АСПЕКТЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

УДК 614.88:378

Л.А. Соколова, Д.Ф. Хусаинова, А.В. Бушуйев

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена анализу современного состояния оказания скорой медицинской помощи (СМП) населению. Акцентировано внимание на обязанности врача любой специальности уметь осуществлять экстренную и неотложную медицинскую помощь как на догоспитальном, так и госпитальном этапах. Предложены пути оптимизации образования врачей, что обеспечит эффективную педагогическую деятельность в направлении неотложной медицины и создаст условия для профессионализма выпускников.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, образование врачей.

URGENT AND EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE CONTEXT OF EDUCATION OF DOCTORS

L.A. Sokolova, D.F. Khusainova, A.V. Bushuyev

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the analysis of the current state of emergency medical care to the population. The attention is focused on the duties of the doctor of any specialty to be able to carry out emergency and urgent medical care both at the pre-hospital and hospital stages. Ways of optimization of education of doctors are offered that will provide effective pedagogical activity in the direction of urgent medicine and will create conditions for professionalism of graduates.

Keywords: emergency medical care, education of doctors.

Квалификация врача определяется по тому, как он справляется, ориентируется в случаях острых, неотложных состояний.

И.А. Кассирский

Оказание медицинской помощи населению при внезапных заболеваниях и угрожающих жизни состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, является одной из приоритетных задач здравоохранения. Скорая медицинская помощь (СМП) является самым массовым, доступным и бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, ее состояние рассматривается как фактор национальной безопасности. Ежегодно эта служба выполняет от 47 до 50 миллионов выездов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан. (Багненко С.Ф. с соавт., 2015, 2016, 2017) [3].

Основной задачей медицинского работника СМП является квалифицированное оказание экстренной и неотложной помощи на догоспитальном этапе [4]. Врач, оказывающий неотложную помощь на догоспитальном этапе, часто ограни-

чен во времени из-за тяжести состояния больного, а также ограничен количеством дополнительных методов исследования для уточнения диагноза, поэтому врачу СМП, как никакому другому специалисту, зачастую приходится полагаться только на свои знания и опыт [2]. Условиями оптимизации службы СМП являются: обучение врачей экстренной медицины; привлечение студентов для работы, открывая возможность профессионального роста; координация научных исследований в этой сфере; ускорение разработки и внедрения современных технологий диагностики и лечения в клиническую практику [1].

Цель

Повышение знаний и практических навыков по вопросам экстренной и неотложной помощи как врачей СМП, так и врачей любой специальности, оказывающих ее при следующих видах медицинской помощи: первичной медико-санитарной, специализированной, паллиативной.

Скорая медицинская помощь выделена Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» в отдельный вид медицинской помощи.

Таблица 1

Виды и формы медицинской помощи

Формы Виды	Экстренная (при внезапных острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента)	Неотложная (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента)	Плановая (при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи)
Первичная медико-санитарная, в том числе специализированная — амбулаторная — дневные стационары	Вызов бригады СМП «на себя»	Врачи любой специальности	
Специализированная — дневной стационар — стационар	Врачи любой специальности	Врачи приемных отделений и отделений неотложной помощи	
Скорая — вне ЛПУ — амбулаторная — стационар	Врачи СМП	Врачи СМП и врачи неотложных отделений ЛПУ	
Паллиативная — амбулаторная — дневной стационар	Вызов бригады СМП «на себя»	Выездные бригады врачей неотложной помощи	

Примечание. Выделенный фрагмент таблицы — врачи, оказывающие данные виды медицинской помощи, должны изучать и знать вопросы СМП (экстренной и неотложной).

Виды и формы медицинской помощи отражены в следующих законодательных документах: В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводится классификация медицинской помощи по форме оказания (Статья 32. «Медицинская помощь»). В соответствии с ФЗ «Об охране здоровья» (Статья 32. «Медицинская помощь»), каждый вид медицинской помощи (ПМСП, специализированная, скорая, паллиативная) в соответствующих статьях ФЗ «Об охране здоровья» имеет определенные законом формы и условия оказания (Статья 33. «Первичная медико-санитарная помощь»). Про плановую и экстренную форму оказания первичной медико-санитарной помощи в ФЗ «Об охране здоровья» **не упомянуто** (Статья 35. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь»). Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. К обязанностям медицинских организаций (всех, включая медицинские организации частной системы здравоохранения), в соответствии с п. 1 статьи 79 ФЗ «Об охране здоровья», относится «обеспечивать гражданам оказание экстренной медицинской помощи» (табл. 1).

СМП оказывается в экстренной и неотложной форме, т.е. законодательно возникают понятия «скорая экстренная» и «скорая неотложная» медицинская помощь. При том, что существует, в соответствии с ФЗ «Об охране здоровья граждан», еще и первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме. Очевидна разница в медицинской организации, которая оказывает такую помощь (первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме оказывают поликлиники, а скорую медицинскую помощь в неотложной форме — служба скорой помощи), а не в содержании этой помощи. Знания неотложных и экстренных состояний, а значит, умение оказать СМП, должно быть одинаково у врачей всех специальностей, независимо от места работы.

Считаем, что очень важны вопросы преемственности в подготовке врачей СМП, начиная со студенческих лет. Резерв будущих врачей — студенты, и независимо от выбранной специальности, каждый студент должен владеть вопросами оказания СМП (экстренной и неотложной).

Подготовка специалистов с высшим медицинским образованием по направлению СМП осуществляется по программе дополнительного профессионального образования по специальности СМП сроком обучения 500 часов, 288 часов,

144 часа, 72 и 36 ч.; врачам в отдаленных районах предлагается дистанционная форма обучения с использованием телемедицины. В связи с переходом врачей на непрерывное медицинское образование (НМО) кафедра СМП активно включилась в работу, что нашло отражение в отчете декана ФПК и ПП (Ученый совет ФПК и ПП 09.02.18г): «кафедра СМП по востребованности обучения врачей в системе НМО занимает 2-е место по ФПК и ПП, и за 2017 год на кафедре СМП проучено 70 врачей по 36-часовым модулям».

В соответствии с ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ, Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия» (Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 923 н), Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», (Приказ № 293н от 21 марта 2017 года «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» Министерство труда и социальной защиты врачи данной специальности должны оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах. Следовательно, дополнительное постдипломное профессиональное образование этих специалистов должно обязательно включать вопросы urgentной медицины, такие как определение клинических признаков внеэтапного прекращения кровообращения и /или дыхания, правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации, принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) и правила ее безопасного выполнения. Данные вопросы в полном объеме могут быть освещены на кафедре СМП, клинической базой которой является МБУ «Станция СМП им. В.Ф. Капиноса», с соответствующей инфраструктурой обучения курсантов.

Считаем целесообразным для улучшения качества обучения специалистов всех специальностей включать цикл повышения квалификации в объеме 36 часов в рамках НМО по вопросам экстренной и неотложной медицинской помощи.

Наши предложения

1. Подготовка квалифицированного специалиста по специальности СМП должна начинаться в период обучения в медицинском ВУЗе, включая вопросы экстренных и неотложных состояний и оказание помощи при них, начиная с догоспитального этапа по типу «сквозного стандарта».

2. Конструктивно врачам первичной медико-санитарной службы, стационаров (при-

емных отделений и отделений неотложной помощи), паллиативной службы (отделений неотложной помощи и выездных бригад), оказывающих экстренную и неотложную помощь, проходить 36-часовые циклы по неотложной медицине.

3. Для привлечения студентов в неотложную медицину и углубления их знаний проводить школы само- и взаимопомощи среди студентов, студенческие научные общества и конкурсы профессионального мастерства.

Литература

1. Баев, В. М. Кредитная система в последипломном образовании врачей скорой медицинской помощи: эффективность и удовлетворенность обучением / В. М. Баев, С. А. Шмелева // Скорая медицинская помощь. — 2017. — № 1. — С. 69—72.
2. Барсукова, И. М. Поиск индикаторов доступности и качества скорой медицинской помощи / И. М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. — 2016. — № 3. — С. 4—10.
3. Отвагина, Т. В. Неотложная медицинская помощь: учебник / Т. В. Отвагина. — изд. 10-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2012. — С. 10.
4. Якушев, Д. Б. Что изменилось в работе службы скорой помощи / Д. Б. Якушев, К.А. Свешников // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. — 2016. — № 11. — С. 38—45.

Адрес для переписки: husainovad@mail.ru

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕРЕСПИРАТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

УДК 616.24:616.831

М.Р. Тимофеева, С.А. Лукина

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Российская Федерация

Проведено комплексное исследование метаболизма липидов сурфактанта, водного баланса и гемостатической активности легких при дисфункции дофаминергической системы в экспериментах на крысах-самцах. Установлено, что многократное введение в боковой желудочек мозга дофамина сопровождалось повышением альвеолярных фосфолипидов за счет фракций лизофосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина с ухудшением поверхностной активности выстилающего комплекса альвеол в условиях гипогидратации и гипоперфузии легких. При системном введении допамина функциональная активность сурфактанта сохранялась в условиях повышения органного кровенаполнения и оборота фосфолипидов. Сравнительный анализ свидетельствует о формировании дисрегуляторной пневмопатии при церебровентрикулярном введении допамина и обеспечении оптимума биофизических свойств сурфактанта при его системном введении.

Ключевые слова: сурфактант, водный баланс легких, система гемостаза, перекисное окисление липидов, допамин.

COMPARATIVE ANALYSIS OF NONRESPIRATORY FUNCTIONS OF THE LUNG DYSFUNCTION DOPAMINERGIC SYSTEM

M.R. Timofeeva, S.A. Lukina

Izhevsk state medical academy, Izhevsk, Russian Federation

A complex study of the surfactant lipid metabolism, water balance, and hemostatic activity of the lungs in dysfunction of the dopaminergic system in experiments on male rats was carried out. It was found that repeated introduction of dopamine into the lateral ventricle of the brain was accompanied by an increase in alveolar phospholipids due to fractions of lysophosphatidylcholine, phosphatidylethanolamine with deterioration of the surface activity

of the lining complex of the alveoli under conditions of hypohydration and lung hypoperfusion. With systemic administration of dopamine, the functional activity of the surfactant was maintained under conditions of increased organ blood filling and high turnover of phospholipids. Comparative analysis indicates the formation of disruption of pneumonia in cerebroventricular dopamine administration and providing an optimum of biophysical properties of the surfactant in its systemic administration.

Keywords: surfactant, water balance of lungs, hemostatic system, lipid peroxidation, dopamine.

Введение

Социально значимой проблемой медицины является неуклонный рост в общей структуре заболеваемости нервно-психических расстройств, основным звеном патогенеза которых является дисфункция дофаминергической системы [1]. Проявлением нейропатологического синдрома выступают не только симптомы шизоаффективных расстройств, но и развитие дисрегуляторных висцеропатий [2]. В частности, экспериментальные данные свидетельствуют об изменении ритмогенеза и режима вентиляции легких при дисбалансе нейротрансмиссии дофамина [3; 4; 5]. Действие дофамина опосредовано метаболитными дофаминовыми рецепторами, которые широко представлены на структурах головного мозга [1; 6; 7]. Кроме того, иммуногистохимические методы позволили выявить гетерогенный характер локализации D_1 - и D_2 -типа рецепторов в сосудах малого круга кровообращения [8], их экспрессию на альвеолоцитах I типа [9] и афферентных волокнах блуждающего нерва [10]. Учитывая зависимость эффективности работы системы внешнего дыхания как от газообменной, так и негазообменных функций легких, актуальность и практическую значимость приобретают исследования, связанные с изучением нарушений нереспиаторных функций легких с признаками дисрегуляторной пневмопатии при дисфункции дофаминергической системы.

Цель исследования

Сопоставить характер изменений показателей метаболизма и состава липидов сурфактанта, водного баланса и кровенаполнения легких, коагуляционного гемостаза и системы фибринолиза в условиях церебровентрикулярного и системного введения дофамина.

Материалы и методы

Исследования выполнены на половозрелых нелинейных крысах-самцах в соответствии с этическим кодексом, изложенным в Директиве 2010/63/EU Европейского парламента. Изучение нереспиаторных функций легких проводили на двух моделях дисфункции дофаминергической системы. Крысам первой группы ($n = 9$) под наркозом (этаминал натрия; 50 мг/кг; в/брюшинно) вживляли канюли в боковой желудочек мозга по стереотаксическим координатам атласа мозга

G. Paxinos et al. (1998): $P = 0,8$; $L = 1,5$; $V = 3,6$. Микроинъекции свежеприготовленного раствора дофамина (Биохимик, Россия) в дозе 1,6 мкМ в 5 мкл изотонического раствора натрия хлорида выполняли через день, в течение трех недель, учитывая, что в нервной системе D_1 -рецепторы дофамина существуют в низкоаффинном (1,6 мкМ), а D_2 -рецепторы — в высокоаффинном состоянии (40 нМ) [11]. Проводили гистологический контроль локализации канюль. Во второй экспериментальной группе ($n = 9$) крысам вводили допамин в дозе 1,6 мкМ в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида ежедневно, в/брюшинно, в течение двух недель. Контролем служили ложноперированные животные, которым церебровентрикулярно ($n = 11$) или в/брюшинно ($n = 12$) вводили эквивалентный объем раствора хлорида натрия.

После окончания экспериментальных воздействий получали бронхоальвеолярные смывы, промывая легкие изотоническим раствором натрия хлорида, и биофизическим методом Вильгельми в цикле сжатия-растяжения исследовали поверхностную активность монослоя сурфактанта по минимальному и максимальному поверхностному натяжению с расчетом индекса стабильности альвеол по J. Clements [12]. Метаболизм сурфактанта оценивали по содержанию в смывах фосфолипидов [13] и холестерина (диагностикум Холестерин—11/21/31—Витал, СПб), активности фосфолипазы [14]. Фракционный состав фосфолипидов изучали методом тонкослойной хроматографии [15]. Хроматограммы обрабатывали на денситометре «Сорбфил» (Россия). Определяли содержание гемоглобина в крови и гомогенате легочной ткани гемиглобинцианидным методом (Диагем Т, НПО «Ренам», Москва), а также вес сердца, влажных и высушенных легких с последующим расчетом кровенаполнения легких, содержания общей и экстраваскулярной жидкости, «сухого остатка». Отбор проб крови осуществляли в вакутейнеры путем пункции правых и левых отделов сердца. С помощью серии тестов, выполненных на гемокоагулометре CGL 2110 «Solar» (Беларусь), определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и протромбиновое время (ПВ), используя диагностические наборы реагентов (НПО «Ренам», Москва). Методом XII-а зависимо фибринолиза оценивали фибринолитический потенциал крови. Об интенсивности свободнорадикальных процессов судили по содержанию

малонового диальдегида (МДА, «Агат-Мед», Москва) и активности каталазы в легочной ткани [16]. Статистический анализ выполнен на основе программы SPSS 19. Характер распределения данных оценивали по критерию Шапиро-Уилка. Сравнение параметров проводили непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. Взаимосвязь между показателями устанавливали ранговым коэффициентом корреляции Спирмена (r_s). Результаты представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартиля (Median, Q_1 – Q_3) [17]. Статистически достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что в экспериментах с различными способами введения допамина изменения общих фосфолипидов и биофизических свойств сурфактанта имели противоположно направленный характер. При церебровентрикулярном введении допамина увеличилось количество фосфолипидов ($p = 0,03$), активность фосфолипазы A_2 соответствовала контролю ($p = 0,06$) (табл. 1). В условиях системного введения препарата содержание фосфолипидов уменьшилось ($p = 0,028$), при повышении активности фосфолипазы A_2 ($p = 0,003$). Вместе с тем, оба вида воздействий привели к снижению количества холестерина ($p < 0,05$) и повышению коэффициента фосфолипиды/холестерин ($p < 0,05$). Оценка поверхностной активности легочного сурфактанта показала, что при центральном введении допамина минимальное поверхностное натяжение бронхоальвеолярных смывов увеличилось ($p = 0,03$), а индекс стабильности понизился ($p = 0,001$). Ухудшение свойств выстилающего комплекса альвеол было связано с дисбалансом фракционного состава фосфолипидов, который характеризовался уменьшением основной поверхностно-активной фракции фосфатидилхолина ($p = 0,016$) и увеличением лизофосфатидилхолина ($p = 0,001$), обладающего детергентными свойствами (рис. 1). Кроме того, в составе сурфактанта возросло содержание фосфатидилэтаноламина ($p = 0,015$) — фракции с низкой поверхностной активностью, а также фосфатидилсерина ($p = 0,002$) и фосфатидилинозитола ($p = 0,002$) — минорных фракций.

Напротив, при системном введении допамина функциональная активность выстилающего комплекса альвеол не изменилась — минимальное поверхностное натяжение и величина индекса стабильности альвеол соответствовали контролю при сохранении между ними корреляционной связи ($r_s = -0,94$; $p < 0,01$). Со стороны водного баланса у экспериментальных животных при вве-

дении допамина в боковой желудочек мозга определили явления гипогидратации и гипоперфузии легочной ткани, что проявилось в уменьшении содержания как общей ($p = 0,04$), так и экстраваскулярной жидкости ($p = 0,04$), кровенаполнения легких ($p = 0,007$) и в увеличении сухого остатка ($p = 0,004$). По-видимому, важным фактором перестройки метаболизма липидов сурфактанта явилось ухудшение условий легочной перфузии, о чем свидетельствовала частная отрицательная корреляционная связь параметров органного кровенаполнения и фракции лизоФХ ($r = -0,91$). В условиях введения допамина (в/брюшинно) установили повышение органного кровенаполнения ($p = 0,03$); содержание общей и экстраваскулярной жидкости в легких соответствовало контролю ($p > 0,05$). Оценка коагулометрических тестов показала, что при различных способах введения допамина изменения гемостазиологических показателей были однотипны. В венозной крови значения тестов ПВ и АЧТВ были в пределах контроля ($p > 0,05$) на фоне высокой ее фибринолитической активности ($p < 0,05$). В артериальном секторе повысился коагуляционный потенциал крови, о чем свидетельствовало уменьшение протромбинового времени ($p < 0,05$) и артерио-венозного коэффициента по ПВ ($p < 0,05$). Время лизиса эуглобулинов при этом соответствовало контролю ($p = 0,2$). В системе «оксиданты — антиоксиданты» при церебровентрикулярном введении допамина понизилась концентрация МДА в легочной ткани ($p = 0,001$) без изменения активности каталазы, а в опыте с системным введением препарата активность каталазы возросла ($p = 0,013$) при отсутствии изменения содержания МДА.

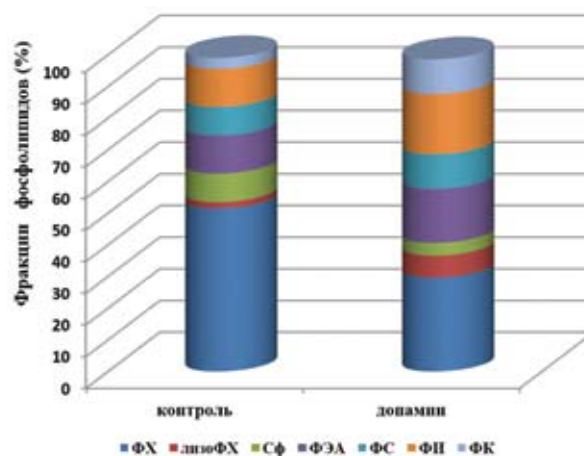


Рис. 1. Процентное распределение фракций фосфолипидов сурфактанта при введении допамина

Примечание: ФХ — фосфатидилхолин;

лизоФХ — лизофосфатидилхолин;

Сф — сфингомиелин; ФЭА — фосфатидилэтаноламин;

ФС — фосфатидилсерин; ФИ — фосфатидилинозитол;

ФК — фосфатидная кислота

Таким образом, проведенный анализ результатов исследования позволяет рассматривать установленные расстройства нереспираторных функций легких при введении допамина в боковой желудочек мозга как результат воздействия дофаминомиметика на структуры центрального аппарата нейроэндокринной регуляции. Известно, что на нейронах гипоталамуса, гипофиза, гиппокампа, миндалевидного комплекса, черной субстанции, включенных в иерархическую систему регуляции метаболизма сурфактанта и водного баланса легких [18], дофаминовые (D_{1-5}) рецепторы локализованы с различной плотностью распределения. Потенцирование активности дофаминергической системы в условиях интравентрикулярного введения допамина индуцирует дезинтеграцию медиаторных систем мозга и развитие дизрегуляторной пневмопатии. В условиях системного введения допамина выявленные изменения нереспираторных функций легких являются результатом преимущественного воздействия препарата на периферические D_1 -, D_2 -типы рецепторов легочной ткани и сосудов малого круга кровообращения [8; 19; 20] с развити-

ем вазодилатации сосудов и увеличением оборота фосфолипидов сурфактанта без изменения его биофизических свойств.

Выводы

1. Церебровентрикулярное введение допамина привело к повышению продукции фосфолипидов за счет лизофосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина при уменьшении фосфатидилхолина в составе сурфактанта, что сопровождалось ухудшением поверхностно-активных свойств выстилающего комплекс альвеол в условиях гипогидратации и гипоперфузии легочной ткани.

2. При системном введении допамина функциональная активность сурфактанта сохранялась в условиях повышения органного кровенаполнения и оборота альвеолярных фосфолипидов.

3. Изменения параметров коагуляционного гемостаза и системы фибринолиза при церебровентрикулярном и системном введении допамина характеризуются повышением коагуляционного потенциала артериальной крови при сохранении ее фибринолитической активности.

Литература

1. Баришполец, В. В. Структурно-функциональная организация дофаминергической системы головного мозга / В. В. Баришполец, Ю. О. Федотова, Н. С. Сапронов // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2009. — Т. 72, № 3. — С. 44–49.
2. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А. М. Вейн. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — 752 с.
3. Ciarka, A. The effects of dopamine on the respiratory system: friend or foe? / A. Ciarka, J. L. Vincent, P. van de Borne // *Pulm. Pharmacol. Ther.* — 2007. — Vol. 20, № 6. — P. 607–615.
4. Jiao, Y. G. Dopamine receptor 1 modulates the discharge activities of inspiratory and biphasic expiratory neurons via cAMP-dependent pathways / Y. G. Jiao, G. C. Li, J. P. Chen et al. // *Cell. Mol. Neurobiol.* — 2013. — Vol. 33, № 2. — P. 155–160.
5. Tsuchiya, N. Dopaminergic modulation of exercise hyperpnoea via D (2) receptors in mice / N. Tsuchiya, M. Iwase, M. Izumizaki, I. Homma // *Exp. Physiol.* — 2012. — Vol. 97, № 2. — P. 228–238.
6. Альперина, Е. Л. Вклад дофаминергической системы в механизмы иммуномодуляции / Е. Л. Альперина // *Успехи физиологических наук.* — 2014. — Т. 45, № 3. — С. 45–56.
7. Missale, C. Dopamine receptors: from structure to function / C. Missale, S. R. Nash, S. W. Robinson // *Physiol. Rev.* — 1998. — Vol. 78, № 1. — P. 189–225.
8. Ricci, A. Dopamine receptor subtypes in the human pulmonary arterial tree / A. Ricci, F. Mignini, D. Tomassoni, F. Amenta // *Auton. Autacoid Pharmacol.* — 2006. — V. 26, № 4. — P. 361–369.
9. Helms, M. N. Dopamine activates amiloride — sensitive sodium channels in alveolar type I cells in lung slice preparations / M. N. Helms, J. Self, H. F. Bao et al. // *Am. J. Physiol. Lung Cell. Mol. Physiol.* — 2006. — Vol. 291, № 4. — P. 610–618.
10. Amenta F. The peripheral dopaminergic system: morphological analysis, functional and clinical applications / F. Amenta, A. Ricci, S. K. Tayebati, D. Zaccheo // *Ital. J. Anat. Embryol.* — 2002. — Vol. 107, № 3. — P. 145–167.
11. Отеллин В. А., Саульская Н. Б. Межклеточная интеграция в центральной нервной системе // *Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова.* — 2000. — Т. 86, № 7. — С. 801–810.
12. Лукина, С. А. Использование биофизического метода в комплексной оценке сурфактантной системы легких / С. А. Лукина, М. Р. Тимофеева, Е. В. Волкова, Р. В. Трушникова // *На стыке наук. Физико-химическая серия: мат. II Международной научной интернет-конференции.* — Казань, 2014. — Т. 2. — С. 26–28.
13. Комаров, Ф. И. Биохимические исследования в клинике / Ф. И. Комаров, Б. В. Коровкин, В. В. Меньшиков. — Л.: Медицина, 1981. — 407 с.

14. Тужилин, С. А. Метод определения фосфолипазы А в сыворотке крови / С. А. Тужилин, А. И. Салуэнья // Лабораторное дело. — 1975. — № 6. — С. 334–335.
15. Bhawani, S. A. Thin-layer chromatographic analysis of steroids: A review / S. A. Bhawani, O. Sulaiman, R. Hashim, M. N. Mohamad Ibrahim // Tropical J. of Pharmaceutical Research. — 2010. — Vol. 9, № 3. — P. 301–313.
16. Королюк, М. А. Метод определения активности каталазы / М. А. Королюк, Л. И. Иванова, И. Г. Майорова, В. Е. Токарев // Лабораторное дело. — 1988. — № 1. — С. 16–18.
17. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик. — М.: Практическая медицина, 2016. — 480 с.
18. Тимофеева, М. Р. Негазообменные функции легких при дисфункции nigростриатной дофаминергической системы / М. Р. Тимофеева, С. А. Лукина // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. — 2015. — Т. 101, № 6. — С. 721–730.
19. Mizuta, K. The dopamine D (2) receptor is expressed and sensitizes adenylyl cyclase activity in airway smooth muscle / K. Mizuta, Y. Zhang, D. Xu et al. // Am. J. Physiol. Lung Cell. Mol. Physiol. — 2012. — Vol. 302, № 3. — P. 316–324.
20. Matthay, M. A. Resolution of pulmonary edema. Thirty years of progress / M. A. Matthay // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2014. — Vol. 189, № 11. — P. 1301–1308.

Адрес для переписки: martim18@yandex.ru

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

УДК 616-053.4-036

Е.М. Чернова², В.Л. Зеленцова¹, Е.В. Сафина¹

¹ *Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

² *Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В крупном промышленном городе проведен анализ здоровья детей раннего возраста с 2014-го по 2017 год. Доля неврологической патологии в структуре заболеваемости детей первого года жизни составляет в среднем 43%, третьего года — 42% и не имеет четкой тенденции к снижению. Частота же прочих нарушений здоровья, включая функциональные отклонения и хронические заболевания, остается стабильной на первом году жизни (13,5%) и выше на третьем году жизни (17%). Принимая во внимание высокие возможности компенсации и нейропластичности детского организма, в возрастной период от 0 до 3 лет отмечается самая высокая эффективность реабилитационной помощи, что диктует необходимость наиболее раннего выявления риска формирования задержки нервно-психического развития и проведения своевременных коррекционных мероприятий.

Ключевые слова: ранний возраст, структура заболеваемости, задержка нервно-психического развития.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE HEALTH OF YOUNG CHILDREN

E.M. Chernova², V.L. Zelentsova¹, E.V. Safina¹

¹ *Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

² *Children's city clinical hospital № 9, Yekaterinburg, Russian Federation*

In a large industrial city, an analysis of the health of young children from 2014 to 2017 was carried out. The share of neurological pathology in the structure of the incidence of children of the first year of life is 43% on average, the third year is 42% and does not have a clear tendency to decline. The frequency of other health disorders, including functional abnormalities and chronic diseases, remains stable in the first year of life (13.5%) and higher in the third year of life (17%). Considering the high possibilities of compensation and neuroplasticity of the child's organism, in the age period from 0 to 3 years, the highest effectiveness of habilitation assistance is noted. That dictates the need for early detection of the risk of delaying neuropsychological development and timely corrective measures.

Keywords: early age, structure of morbidity, delay of neuropsychological development.

Введение

Здоровье нации и ее потенциал напрямую зависят от здоровья детского населения России. За последние десятилетия уверенно наращивают темпы репродуктивные и неонатальные технологии, что, с одной стороны, позволило снизить показатели младенческой смертности с 15,3 на 1000 новорожденных в 2000 г. до 6,0 на 1000 новорожденных в 2016 г. [1], а с другой, может неизбежно привести к росту в общей популяции детей с неврологической патологией, обусловленной нарушением ante- и интранатального периода. Так как осложненное течение беременности и родов по-прежнему является основополагающим фактором, влияющим на здоровье ребенка как на первом году жизни, так и в отдаленные периоды развития [2]. С 2000-го по 2012 год регистрируется прирост показателей по отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (+15,21% — с 2 532,80 до 2 917,90 на 100 тыс.), и травмам (+21,10% — с 9 116,00 до 11 039,40), которые могут опосредованно влиять и на увеличение числа детей с неврологическими проблемами вплоть до 2020 г. (согласно рассчитанному прогнозу) [3].

Учитывая высокие компенсаторные возможности детского организма в возрастной период от 0 до 3 лет, сенситивность психики в плане развития ряда важнейших высших психических функций и нейропластичность, нередко получается избежать грубых неврологических нарушений [4]. Однако варианты исхода перинатальной энцефалопатии очень разнятся: от минимальной дезадаптации и легкого психомоторного дефекта до тяжелой инвалидности [5]. К тому же даже у детей, условно здоровых, в дальнейшем есть тенденция к формированию различных неврологических синдромов и нарушения психомоторного развития [6; 7; 8]. Последнее определяется как отставание по сравнению с нормативными показателями в любой из основных сфер: социально-эмоциональной, двигательной, когнитивной, коммуникативной, адаптивно-поведенческой. Согласно данным литературы всего 15% детей с диагностированным отставанием в нервно-психическом развитии здоровы, что придает данной проблеме не только медико-педагогическую, но и социальную значимость [9].

Цель исследования

Оценить структуру задержек нервно-психического развития у детей раннего возраста. В связи с целью исследования были поставлены следующие задачи: 1) оценить уровень здоровья детей за период 2014—2017 гг.; 2) дать комплексную оценку здоровья детей с задержкой нервно-

психического развития; 3) определить структуру задержек нервно-психического развития у детей раннего возраста и сопутствующей патологии.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов профилактических медицинских осмотров 6375 детей раннего возраста (3012 мальчиков и 3363 девочки) за период с 2014-го по 2017 год, посещавших территориальные поликлиники МАУ «Детская городская больница № 9» города Екатеринбург. Осмотры специалистов и проведение функциональных исследований проводилось в соответствии с нормативной базой 2014—2017 гг. Из данной выборки выделено 80 детей (46 мальчиков и 34 девочки) с задержкой нервно-психического развития. Для них проводилась оценка ante-, peri- и постнатального периодов развития в 1 месяц, 1 год, 3 года, включавшая анализ здоровья женщины, оценку физического (ФР) и нервно-психического развития (НПР), сопутствующей патологии, характера вскармливания детей. Физическое развитие оценивали с использованием региональных оценочных таблиц [10]. Критериями исключения из исследования в данной группе были: недоношенные дети; наличие ВПР; врожденная эндокринная патология; дети, рожденные от многоплодной беременности; дети с эписиндромом, судорожной активностью.

Результаты и обсуждение

По результатам оценки профилактических осмотров за 4 года выявлено, что в структуре заболеваемости детей 1-го и 3-го года жизни преобладали поражения ЦНС без четкой тенденции к снижению; доля прочих нарушений здоровья, включая функциональные отклонения и хронические заболевания, остается стабильной на первом году жизни и выше на третьем году жизни (табл. 1).

При более глубоком анализе структуры неврологической патологии выявлены определенные четкие закономерности в сопутствующей патологии (табл. 2).

Анализ антенатального периода у обследуемых детей с задержкой нервно-психического развития ($n = 80$) показал, что большинство матерей (88%) ($n = 70$) имели отклонения в состоянии здоровья. Нейроциркуляторная дистония по гипо- или гипертоническому типу встречалась у 26% женщин ($n = 21$); болезни желудочно-кишечного тракта — у 12,5% ($n = 10$), эндокринной системы, органов зрения, сердечно-сосудистой системы, инфекционные болезни (носительство ВПЧ, ВПГ, ЦМВ) — по 7,5% ($n = 6$); мочевыделительной системы — у 27,5% ($n = 22$); патология респираторного тракта встречалась в 4% случаев ($n = 3$).

Таблица 1

Уровень здоровья детей 1-го и 3-го года жизни за 2014—2017 гг.

	Всего	Год исследования	Здоровые дети	Дети с поражением ЦНС	Прочие нарушения здоровья
1-й год	n = 1284	2014	529 (41%)	575 (45%)	180 (14%)
	n = 1321	2015	537 (40%)	608 (46%)	176 (14%)
	n = 1356	2016	584 (43%)	608 (45%)	164 (12%)
	n = 1063	2017	508 (48%)	413 (38%)	142 (14%)
3-й год	n = 218	2014	59 (27%)	110 (50%)	49 (13%)
	n = 490	2015	249 (50%)	194 (40%)	47 (10%)
	n = 105	2016	39 (37%)	44 (42%)	22 (21%)
	n = 538	2017	208 (39%)	196 (37%)	134 (24%)

Таблица 2

Структура сопутствующей патологии при поражении ЦНС

	2014		2015		2016		2017	
	1-й год	3-й год	1-й год	3-й год	1-й год	3-й год	1-й год	3-й год
Болезни крови	37% (n = 56)	—	37% (n = 29)	—	19% (n = 20)	22% (n = 2)	26% (n = 7)	—
Болезни глаза и его придаточного аппарата	21% (n = 33)	26% (n = 10)	11% (n = 9)	31% (n = 16)	31% (n = 33)	22% (n = 2)	19% (n = 5)	15% (n = 7)
Расстройства питания, нарушения обмена веществ	26% (n = 40)	13% (n = 5)	32% (n = 25)	—	15% (n = 16)	—	15% (n = 4)	—
Болезни мочеполовой системы	—	26% (n = 10)	—	23% (n = 12)	—	—	—	41% (n = 9)
Болезни костно-мышечной системы	—	—	—	10% (n = 5)	—	—	—	—
Болезни уха, горла, носа	—	—	—	—	—	22% (n = 2)	—	20% (n = 9)

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза. Средний возраст матерей на момент рождения ребенка составлял 30,18 года, стандартное отклонение — 5,27, среднее количество беременностей — 2,7. От первой беременности родилось 23% детей (n = 19); от второй — 33% (n = 26); от третьей — 14% (n = 11) и от беременности с паритетом три и более — 30% (n = 24) детей. В 36% (n = 29) встречались инфекционно-воспалительных заболеваний в виде кольпита, вагинита, хронической внутриматочной инфекции.

Течение настоящей беременности было осложненным у 100% женщин. Беременность сопровождалась анемией у 48% женщин, хронической фетоплацентарной недостаточностью — у 36%, гестозом — у 14%, угрозой невынашивания — у 8%. 23% женщин (n = 18) перенесли во время беременности острые респираторные инфекции, 14% из них (n = 11) — гестационный пиелонефрит. Многоводие и маловодие встречались с частотой 8% (n = 6). Среднее количество родов у матерей наблюдавшихся детей составило 1,75. Роды были самостоятельными в большинстве случаев — 75%

(n = 60); оперативными — в 25% (n = 20). Средняя масса тела при рождении у детей составила 3369,9 ± 39,9 г., длина тела — 51,7 ± 0,2 см. Среднее значение оценки по шкале Апгар на первой минуте — 7,13, на пятой — 8,13.

Из родильного дома выписаны здоровыми 36% новорожденных; имели группу риска — 60%, транзиторную гипербилирубинемия — 16%; сочетанную гипоксию легкой степени тяжести — 26%, синдром задержки развития плода — 6%.

Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту в 1 год у 64% детей, отставало от паспортного возраста — 30%, опережало паспортный возраст — 6%; в три года данные показатели приобрели иную структуру: у большинства детей соответствовало паспортному возрасту — 82%; отставало от паспортного возраста — 15%; опережало паспортный возраст у 3% детей.

Согласно плановым осмотрам невролога в 1 месяц детям в 100% случаев был выставлен диагноз ППЦНС, который наблюдался в виде нарушения спинального кровообращения в шейном

отделе позвоночника в 46%, синдрома вегето-висцеральной дисфункции — в 22%, гипертензионного синдрома — в 12%, миотонического синдрома — в 8%, синдрома пирамидной недостаточности — в 6%. Структура задержки нервно-психического развития по возрастам представлена в таблице № 3.

Таблица 3
Структура задержки нервно-психического развития по возрастам

	1 год	3 года
Здоров	44% (n = 35)	—
Моторная сфера	28% (n = 22)	24% (n = 19)
Речевое развитие	12 % (n = 10)	45% (n = 36)
Эмоционально-волевая сфера	16% (n = 13)	31% (n = 25)

В целом высокий процент патологии течения беременности создает группу риска среди новорожденных по формированию задержек нервно-психического развития. Осложняется указанная ситуация тем, что в условиях педиатрического участка больше всего внимания уделяется развитию моторной и сенсорной сфер, фактически игнорируя оценку когнитивной и эмоционально-поведенческой сфер. Происходит более позднее выявление проблем обучения и социальной

адаптации детей группы риска, не имеющих грубых отклонений в развитии, (ближе к началу систематического обучения), что неминуемо снижает эффективность коррекционных мероприятий вне сензитивных периодов развития высших психических процессов [11; 12].

Выводы

1. Доля неврологической патологии в структуре детской заболеваемости не имеет четкой тенденции к снижению.

2. Достоверно чаще сопутствующей патологией во всех возрастных группах являются заболевания глаза и его придаточного аппарата (такие как астигматизм, косоглазие, гиперметропия), на втором месте — заболевания крови (чаще всего анемия).

3. Несмотря на то, что на первом году жизни 44% исследуемых детей были здоровы, к третьему году развития в структуре задержки нервно-психического развития первое ранговое место принадлежит задержке речевого развития (45%).

4. Наиболее часто встречающейся сопутствующей соматической патологией у детей в три года с нарушением моторной функции были заболевания крови (37%) (n = 7), с задержкой эмоционально-волевой сферы — заболевания мочеполовой системы (52%) (n = 13), с речевыми нарушениями — болезни уха, горла, носа (42%) (n=15).

Литература

1. Российский статистический ежегодник. 2017: Стат. сб. / Росстат. — М., 2017. — 226 с.
2. Трухина, С. И. Влияние плацентарной недостаточности матери на развитие детей / С. И. Трухина, В. И. Циркин, А. Н. Трухин // Медицинский альманах. — 2014. — № 5 (35). — С. 59–63.
3. Гончарова, О. В. Заболеваемость детей 0–14 лет в Российской Федерации: лонгитудинальное и проспективное исследование / О. В. Гончарова, Т. А. Соколовская // Медицинский совет. — 2014. — № 6. — С. 6–8.
4. Разенкова, Ю. А. Служба ранней помощи как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов / Ю. А. Разенкова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. — 2010. — № 2. — С. 35–44.
5. Барашнев, Ю. И. Ключевые проблемы перинатальной неврологии / Ю. И. Барашнев // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 51–54.
6. Einfeld, S. L. Psychopathology in young people with intellectual disability / S. L. Einfeld, A. M. Piccinin, A. Mackinnon et al. // JAMA. — 2006. — Vol. 296, № 16. — P. 1981–1989.
7. Schuengel, C. Self-worth, perceived competence, and behavior problems in children with cerebral palsy / C. Schuengel, J. Voorman, J. Stolk et al. // Disabil. Rehabil. — 2006. — Vol. 28, № 20. — P. 1251–1258.
8. Горлова, О. А. Профилактика коммуникативно-речевых отклонений у детей раннего возраста / О. А. Горлова // Специальное образование. — 2012. — № 1. — С. 27–34.
9. Маскова, Г. С. Мониторинг реабилитационного потенциала в ходе диспансеризации детей с хронической патологией / Г. С. Маскова, Н. Л. Черная, О. К. Мамонтова, И. В. Иванова // Педиатрия. — 2013. — № 6 (75). — С. 113–118.
10. Насыбуллина, Г. М. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет (Методические рекомендации) / Г. М. Насыбуллина, Н. Щ. Кочева, Н. Е. Санникова, И. В. Вахлова. — Екатеринбург: изд-во УГМУ, 2002. — 83 с.
11. Diamond, A. Preschool program improves cognitive control / A. Diamond, S. Barnett, J. Thomas, S. Munro // Science. — 2007. — Vol. 318, № 5855. — P. 1387–1388.
12. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. — СПб.: Питер, 2008; М.: Академия, 2015. — С. 13–21.

Адрес для переписки: chernovaelena1@gmail.com

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ОБТУРАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПЕСКОМ И МЕЛКИМИ ФРАГМЕНТАМИ КОНКРЕМЕНТА

УДК 616.62-003.7:615.8

Ияд Эмад, А.А. Макарян, И.В. Борзунов

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В условиях ГБУЗ СО «СОКБ № 1» была оценена эффективность использования лидокаин-электрофореза и СМТ-терапии после сеанса дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) у больных мочекаменной болезнью (МКБ) с целью купирования болевого синдрома и улучшения отхождения скоплений песка и мелких фрагментов камня из мочеточника («каменная дорожка»). Все больные (127 чел.) были разделены на 4 группы. Пациенты I группы (31 чел.) получали электрофорез 2% раствора лидокаина на правую или левую подвздошную область. Во II группе (33 чел.) проводилась СМТ-терапия на поясничную и подвздошную область со стороны проведенной ДУВЛ. В III группе (31 чел.) было использовано комбинированное лечение: электрофорез 2% раствора лидокаина и СМТ-терапия. Во всех трех группах физиотерапия проводилась на фоне базового лечения (уроантисептики, нестероидные противовоспалительные препараты, питьевой режим). В IV группе (32 чел.) пациенты получали только базовую терапию. В результате комбинированной физиотерапии (III группа) удалось достоверно снизить выраженность дизурического и болевого синдрома.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, «каменная дорожка», лидокаин-электрофорез, синусоидальные модулированные токи, дистанционная ударно-волновая литотрипсия.

COMPARATIVE RESULTS OF METHODS OF HAIR PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH MUSCAMENTAL DISEASE AFTER REMOTE SHOCK-WAVE LITOTREPTION WITH THE PURPOSE OF BUILDING THE SURFACE OF THE URETER BY SAND AND SMALL FRAGMENTS OF CONCREMENT

Iyad Emad, A.A. Makarian, I.V. Borzunov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Under the conditions of the SBKB SB "OCH No. 1", the efficacy of using lidocaine-electrophoresis and SMT-therapy after a shock wave-lithotripsy (ESWL) session in patients with urolithiasis was estimated with the aim of arresting the pain syndrome and improving the escape of accumulations of sand and small fragments of stone from the ureter (The "stone path"). All patients (127 people) were divided into 4 groups. Group I patients (31 patients) received an electrophoresis of a 2% solution of lidocaine on the right or left iliac region. In group II (33 people) was carried out by the SMT-therapy on the lumbar and iliac region by the ESWL. In the third group (31 patients), combined treatment was used: electrophoresis of 2% lidocaine and CMT-therapy. In all three groups, physiotherapy was performed against the background of basic treatment (uroantiseptics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, drinking regimen). In Group IV (32 patients), patients received only basic therapy. As a result of combined physiotherapy (group III), the severity of dysuric and pain syndrome is reliably reduced.

Keywords: Urolithiasis, "stone path", lidocaine-electrophoresis, SMT-therapy, remote shock-wave lithotripsy.

Введение

Скопление обтурирующих мочеточник песка и мелких фрагментов конкрементов чаще всего образуется после ДУВЛ камней почечной лоханки размером более 1,5 см [2].

Частота образования «каменной дорожки» после ДУВЛ составляет в среднем от 30 до 55% [3], повышая тем самым риск возникновения obstructивных осложнений, ухудшая качество лечения, а также субъективную оценку пациентом своего физического и психического состояния. Выведение скоплений песка и мелких фрагментов камня позволит улучшить качество лечения и сократить сроки госпитализации [1; 2].

Физиотерапевтическое воздействие вызывает особый интерес в силу малой травматичности и хорошей переносимости пациентами, особенно в случаях с небольшой степенью обструкции мочеточника, невысокой степенью гидронефротической трансформации, отсутствием повышения температуры тела. [4]. В последние годы все чаще используется комплексный подход в лечении этой категории больных, включающий использование различных физиобальнеометодов на фоне базисной лекарственной терапии для облегчения спонтанного отхождения дезинтегрированных фрагментов камня [4].

Цель работы

Купирование обтурации мочеточника скоплением песка и мелкими фрагментами конкремента методами аппаратной физиотерапии после дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов физиолечения функционального осложнения «каменная до рожка» у 127 больных МКБ с 2014-го по 2017 год в отделении рентгенударноволнового дистанционного дробления камней ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Все пациенты на момент формирования «каменной дорожки» имели 1 выполненный сеанс дистанционной ударно-волновой литотрипсии по поводу камня одной из почек. Возраст пациентов составил 38–57 лет. Из них мужчин — 48% (61 чел.), а женщин — 52% (66 чел.).

Критерием выбора было наличие у больного песка и мелких фрагментов камня до 0,5 см в полостной системе почки, а также наличие непротяженной «каменной дорожки» до 1,5 см в послеоперационном периоде.

В процессе купирования «каменной дорожки» больным было выполнено обследование, включающее общий анализ мочи, рентгенологическое или ультразвуковое исследование почек на 1, 3, 5-е сутки лечения. Осуществлялось динамическое наблюдение за отхождением песка и фрагментов камня при мочеиспускании, наличием и степенью выраженности дизурического и болевого синдрома с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) с градацией от 0 до 15 баллов. Результаты лечения оценивались по отсутствию «каменной дорожки» в мочеточнике по данным рентгенологического исследования.

Методом простой рандомизации больные были распределены на 4 группы:

1 группа (31 чел.) получала электрофорез лидокаина 2% на подвздошную область со стороны нахождения «каменной дорожки», № 8, ежедневно;

2 группа (33 чел.) — синусоидальные модулированные токи (СМТ) частотой 30 Гц в проекции почечной лоханки со стороны выполненной ДУВЛ и в проекции предполагаемого нахождения «каменной дорожки», № 8, ежедневно;

3 группа (31 чел.) — комбинированное применение лидокаин-электрофореза и СМТ, № 8, ежедневно.

Физиотерапия во всех группах проводилась на фоне базового лечения (питьевой режим, спазмолитики и уросептики).

В 4 (контрольной) группе (32 чел.) пациенты получали только базовую терапию.

Результаты и обсуждения

В группе 3 отмечалось интенсивное выведение песка и фрагментов дезинтегрированного конкремента из мочеточников по данным обзорной рентгенографии и ультразвукового сканирования по сравнению с другими исследуемыми группами. К моменту окончания комбинированного лечения наличие «каменной дорожки» наблюдалось у 2 больных (7,4%).

В группах 1 и 2 отмечалось постепенное снижение количества пациентов с визуализирующейся «каменной дорожкой» в мочеточнике. Так, на пятые сутки лечения наличие фрагментов дезинтегрированного конкремента отмечалось у 6 (19,4%) и 5 (15,2%) пациентов в данных группах соответственно.

Наиболее медленно фрагменты конкремента выводились в группе 4, на 5-е сутки базовой терапии наличие «каменной дорожки», по данным рентгенологического исследования, отмечалось у 12 пациентов (37,5%).

Изучение снижения выраженности болевого и дизурического синдрома в исследуемых группах с применением визуально-аналоговой шкалы показало лучший результат в группе 3, было отмечено снижение интенсивности боли с $4,61 \pm 0,89$ до $1,05 \pm 0,59$ балла ($p < 0,01$). В группах 2 и № выраженность данного показателя снизилась с $4,54 \pm 0,92$ до $2,56 \pm 0,90$ и с $4,68 \pm 0,83$ до $2,45 \pm 0,88$ балла ($p > 0,1$). В Группе 4 анализ выраженности болевого и дизурического синдромов по оценке ВАШ показал снижение с $4,72 \pm 0,91$ до $3,7 \pm 0,86$ балла ($p > 0,1$). Анализ лабораторных данных (ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко) на 1, 3, 5-е сутки показал снижение лейкоцитурии в группе 3: уже на пятые сутки лейкоцитурия наблюдалась лишь у 9,7% больных, в то время как в группе 4 лейкоцитурия сохранялась у 37,5% больных.

Выводы

1. Комплексное применение лидокаин-электрофореза и СМТ на фоне базовой терапии при «каменной дорожке» способствует быстрому отхождению песка и мелких фрагментов при условии отсутствия обтурации мочеточника.

2. Использование электрофореза лидокаина в комбинации с СМТ-терапией на область нахождения «каменной дорожки» позволяет существенно снизить выраженность болевого, дизурического синдрома и лейкоцитурии.

3. Физиотерапевтическая коррекция обтурации мочеточника мелкими фрагментами камня и песком является методом выбора после ДУВЛ в силу положительной динамики клинических и лабораторно-инструментальных данных.

Литература

1. Лопаткин, Н. А. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия: прошлое, настоящее / Н. А. Лопаткин, М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов, Н. К. Дзеранов // Урология. — 2007. — № 6. — С. 3–14.
2. Макурин, В. В. Применение дистанционной ударно-волновой литотрипсии при коралловидном нефролитиазе: дис. ... канд. мед. наук / В. В. Макурин. — М., 2005. — 130 с.
3. Неймарк, А. И. Реабилитация урологических больных на курортах Алтайского края / А. И. Неймарк, А. В. Давыдов, Е. Ф. Левицкий, Е. В. Лебедев. — Новосибирск: Наука, 2008.
4. Tiselius H.-G., Ackermann D., Flken P., Buck C., Conort P., Gallucci M. Рекомендации EAU по лечению уролитиаза. 2011.

Адрес для переписки: ivborzunov@e1.ru

ОБРАЗОВАНИЕ

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕКЦИОННОГО КУРСА СТУДЕНТАМИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

УДК 378.147.31:615

А.А. Бакуринских, М.Н. Добринская, Н.В. Изможерова, О.В. Коломиец, Е.Ф. Гайсина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Итоги анкетирования студентов 3 курса медико-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета позволили нам оценить качество проведенного лекционного курса. Для профессорско-преподавательского состава очень важно учитывать мнение студентов по организации лекций с целью усовершенствования методики преподавания.

Ключевые слова: лекции, педагогика, студенты, презентация, фармакология.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF THE LECTURE COURSE STUDENTS OF MEDICAL-PROPHYLACTIC FACULTY

A.A. Bakurinskikh, M.N. Dobrinskaya, N.V. Izmozherova, O.V. Kolomiets, E.F. Gaisina

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The results of the survey of 3rd year students of the medical-prophylactic faculty of the Ural state medical University allowed us to assess the quality of the lecture course. It is very important for the teaching staff to take into account the opinion of students on the organization of lectures in order to improve teaching methods.

Keywords: lectures, pedagogics, students, presentation, pharmacology.

Необходимость и важность развития профессиональных навыков и умений студентов медицинских учреждений играет важную роль в самореализации будущих специалистов [1; 2]. Согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 30.12.2015) содержание знаний, умений, навыков должно соотноситься с необходимостью применения их в повседневной жизни [3]. По данным литературы [1; 5], в процессе обучения в медицинских вузах отмечается тенденция к снижению уровня интереса студентов к лекциям.

Известно, что 12% услышанного материала запоминается студентами, 25% отводится зри-

тельной памяти, а объединение услышанного и увиденного повышает уровень восприятия информации до 70% [4].

Технологический прогресс в использовании компьютерных технологий позволяет нам улучшить качество проведения лекций с использованием мультимедийных возможностей, что в разы повышает уровень восприятия лекционного материала.

Чтение лекций остается одним из важных методов обучения, в связи с чем актуальной задачей является сохранение высокой заинтересованности в их посещении. В совершенствовании организации лекционного курса помогают, в том числе, пожелания студентов.

Цель

Оценить качество проводимых лекций и уровень восприятия учебного материала студентами 3 курса медико-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета, проходящими обучение на кафедре фармакологии и клинической фармакологии.

Материалы и методы

С помощью специального анонимного бланчного анкетирования было опрошено 120 студентов 3 курса медико-профилактического факультета УГМУ г. Екатеринбурга. Сформировано две группы студентов за 2015–2016 и 2016–2017 учебные годы по 60 человек в каждой. Согласно условиям анкетирования, студентам предлагалось ответить на вопросы, выбрав один из предложенных вариантов ответа. Смысл вопросов, представленных в анкете, направлен на понимание удовлетворенности студентов лекционным материалом, подготовкой и оснащением лекционных залов. Также предложено оценить качество визуального представления информации на лекциях, качество подачи информации лектором, дать возможную оценку значения лекционного курса в

процессе изучения дисциплины «Фармакология». Статистическую обработку результатов проводили на базе пакета стандартных программ Windows (Excel) и Statistica 6.0. При статистическом анализе использовался критерий χ^2 Пирсона.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты позволяют нам оценить уровень и качество курса проводимых лекций. По итогам анкетирования студентов медико-профилактического факультета, для удобства восприятия информации некоторые данные представлены в виде диаграмм.

По сравнению с 2016 г. качество лекционного курса, по мнению студентов, в 2017 г. возрос с 56% до 67%, различия не достигли при этом статистической значимости. Уровень неудовлетворенности качеством лекций в 2017 г. снизился с 7 до 2% (рис. 1).

В 2017 г. значительно возрос показатель оценки значимости лекционного курса в процессе изучения дисциплины «Фармакология» ($p = 0,009$). В то же время, в 2017 г. 4% студентов считали, что лекционный материал не имеет ценности (рис. 2).

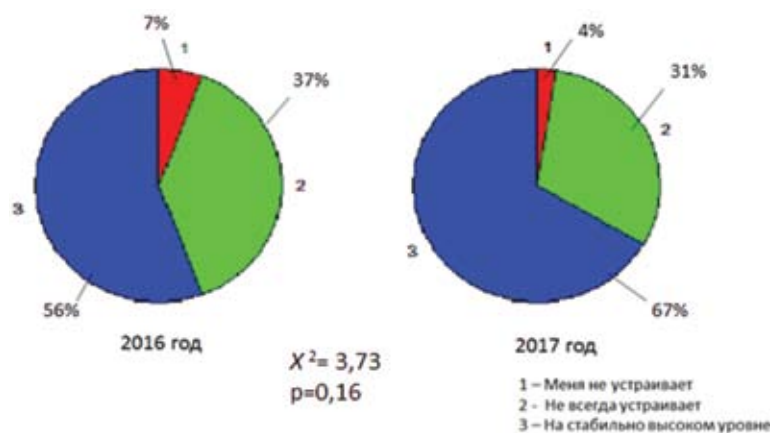


Рис. 1. Качество лекционного курса. χ^2 – критерий хи-квадрат Пирсона; p – уровень статистической значимости

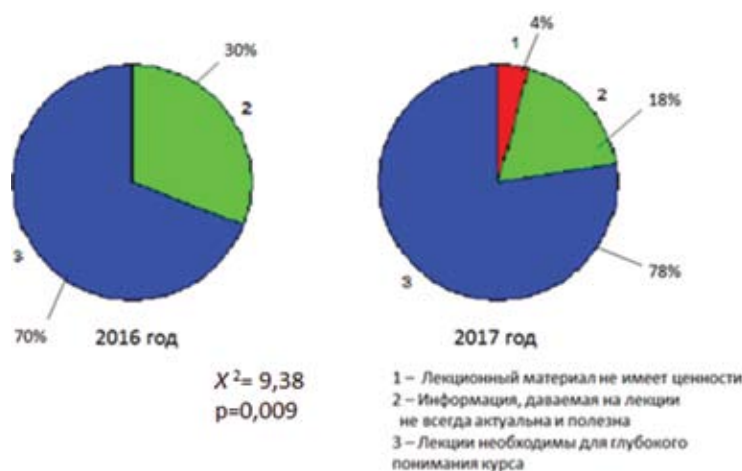


Рис. 2. Значение лекционного курса. χ^2 – критерий хи-квадрат Пирсона; p – уровень статистической значимости

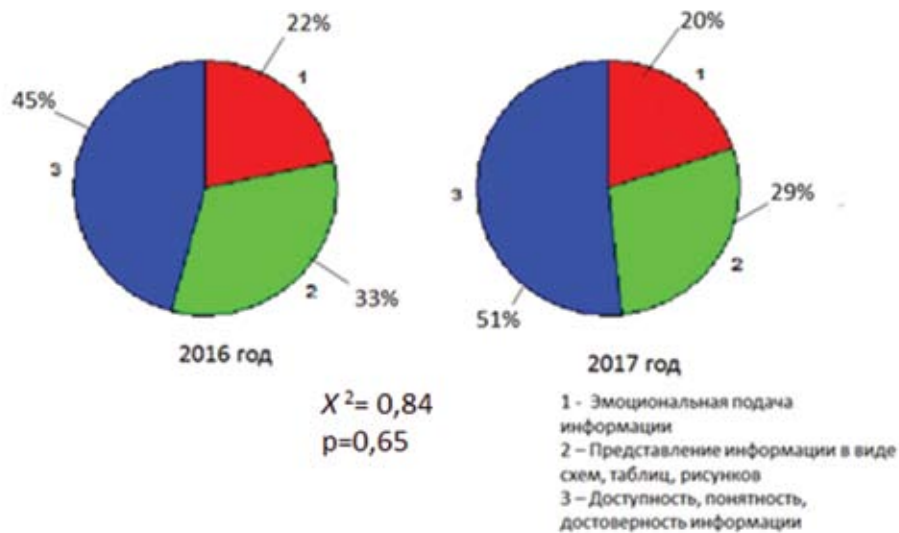


Рис. 3. Наиболее важные моменты лекционного курса. X^2 – критерий хи-квадрат Пирсона; p – уровень статистической значимости

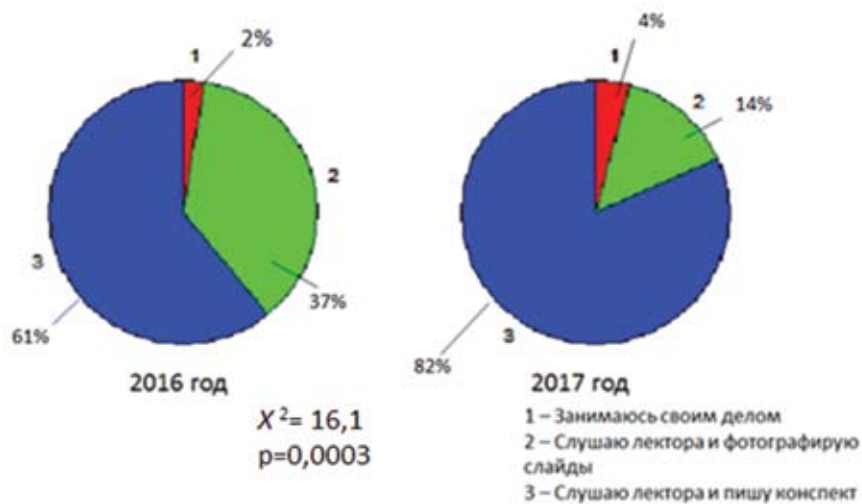


Рис. 4. Уровень восприятия лектора. X^2 – критерий хи-квадрат Пирсона; p – уровень статистической значимости

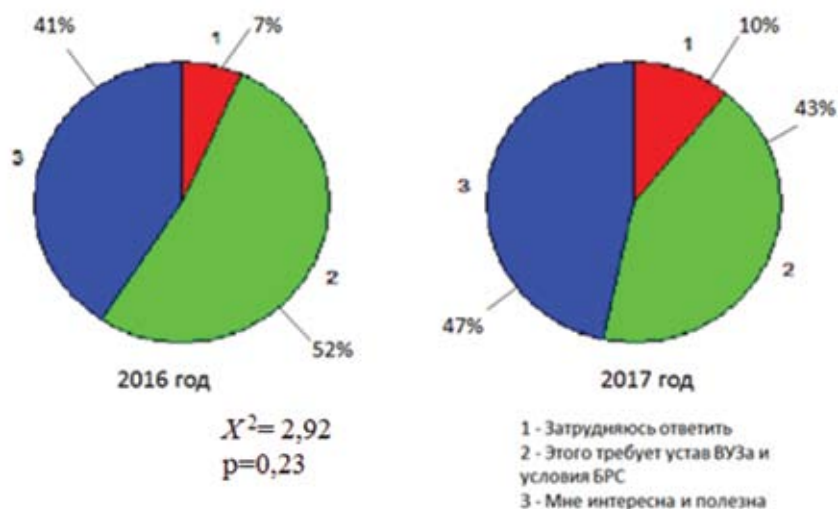


Рис. 5. Причина посещаемости лекций. X^2 – критерий хи-квадрат Пирсона; p – уровень статистической значимости

В 2017 г. такие показатели как доступность, понятность, достоверность информации были отмечены как наиболее важные среди 51% студентов, в то время как в 2016 году данный показатель составлял 45%. В то же время значимость эмоциональной подачи информации и представление информации в виде таблиц и схем для опрошенных студентов имели тенденцию к снижению в 2017 г. (рис. 3).

В 2017 г. уровень восприятия лекционного материала значительно возрос и составил 82% ($p = 0,0003$) (рис. 4).

Основной причиной хорошей посещаемости лекций в 2016 г. было требование устава ВУЗа и условия балльно-рейтинговой системы (52% опрошенных студентов), в то время как в 2017 г. 47% отмечают интерес к предмету основной причиной хорошей посещаемости (рис. 5).

Результаты анкетирования студентов в 2016 году были обсуждены на заседании кафедры фармакологии и клинической фармакологии. Были разработаны корректирующие мероприятия, на-

правленные как на улучшение качества лекционного курса, так и на повышение мотивированности студентов посещать лекции. Следует отметить, что студенты медико-профилактического факультета традиционно испытывают сложности с изучением фармакологии. В 2017 году при разработке новой программы также были учтены результаты анкетирования и требования профессионального стандарта, что позволило адаптировать программу для обучающихся на медико-профилактическом факультете.

Выводы

Таким образом, при анализе результатов проводимых лекций у студентов 3 курса медико-профилактического факультета можно сделать вывод о том, что качество лекций и уровень их восприятия учащимися в 2017 г. улучшились по сравнению с 2016 г., что является важным критерием для формирования качественного восприятия учебного материала по дисциплине. Работа по совершенствованию преподавания будет продолжена.

Литература

1. Ратникова, Л. И. Лекции в медицинском вузе — нужны ли они студентам? / Л. И. Ратникова, С. А. Шип, Н. Д. Мисюкевич // Педагогика высшей школы. — 2016. — № 1. — С. 100—104.;
2. Хусаенова, А. А. Самостоятельная работа студентов медицинских образовательных организаций высшего образования на основе требований ФГОС ВО / А. А. Хусаенова, А. Ф. Амиров, Л. М. Насретдинова, Р. Р. Богданов // Педагогика высшей школы. — 2015. — № 1. — С. 28—29.
3. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об образовании в Российской Федерации».
4. Конашенко, В. И. Применение скринкастов в процессе изучения физики / В. И. Конашенко // Системы компьютерной математики и их приложения. — 2015. — № 16. — С. 251—252.
5. Мальцев, Д. В. О результатах анкетирования преподавателей по проблеме учебного видео / Д. В. Мальцев, Ф. И. Шагиева, Э. В. Дигинашева // Московское научное обозрение. — 2012. — № 10—12 (26). С. 9—12.

Адрес для переписки: Bakurinskikh-anna@rambler.ru

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕГИТИМНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РАМКАХ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (ОБЗОР ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОДЗАКОННЫХ АКТОВ)

УДК 378.147:004:616.89-008.441.33

С.И. Богданов

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В работе представлен обзор законодательной базы Российской Федерации по вопросам непрерывного медицинского образования и внедрения новых образовательных технологий. Особое внимание уделено рассмотрению вопросов легитимизации такой новой образовательной технологии как дистанционное обучение.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, дистанционное обучение, психиатрия, врач-интернисты, практический опыт использования новых образовательных технологий.

JUSTIFICATION OF LEGITIMACY BEFORE THE FRAMEWORK (REVIEW OF LEGISLATION AND BY-LAWS)

S.I. Bogdanov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper provides an overview of the legislative framework of the Russian Federation on issues of continuing medical education and the introduction of new educational technologies. Particular attention is paid to the issues of the legitimization of such a new educational technology as distance learning.

Keywords: continuous medical education, distance education, psychiatry, internist doctors, practical experience of using new educational technologies.

Введение

Требования к профессиональной подготовке и переподготовке врачей в настоящее время изменяются, что влечет за собой увеличение финансового бремени лечебных учреждений. Не вызывает сомнения тот факт, что отрыв от рабочего места на время обучения в стандартной очной форме влечет за собой дополнительные финансовые и временные расходы, изменение обстановки, места проживания. В связи с вышеуказанными обстоятельствами наиболее перспективной технологией, с нашей точки зрения, является дистанционное образование. Однако в силу естественной инерции и относительно недавнего по времени внедрения дистанционного обучения к этой форме повышения квалификации имеется некоторая настороженность и предвзятое отношение, причем как руководителей здравоохранения, так и самих врачей. На самом же деле дистанционное обучение по многим параметрам является наиболее удобной и эффективной формой обучения, особенно с позиции требований, предъявляемых к осуществлению непрерывного медицинского образования (НМО).

Цель работы

Проведение анализа законодательства Российской Федерации, постановлений правительства России, приказов ведомств в отношении введения непрерывного медицинского образования и внедрения в практику новых видов образовательных технологий.

Материалы и методы исследования

Аналізу был подвергнут актуальный пакет законных и подзаконных актов, легитимизирующих дистанционную форму дополнительного образования врачей в рамках непрерывного медицинского образования.

Результаты исследования

Легитимность дистанционного образования как самостоятельной формы в образовательном процессе, прежде всего, продекларирована в Фе-

деральном законе РФ «Об образовании в Российской Федерации» 29.12.2012 г. № 273-ФЗ [10]. В нем выделена специальная статья 82 «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования», где в первом разделе «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования...» значит, что «подготовка медицинских работников... осуществляется путем реализации... программ дополнительного профессионального образования. Во втором разделе данного ФЗ впервые введено понятие «непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни (НМО)» и поставлена задача «постоянного повышения профессионального уровня и расширения квалификации». Обязательные условия для реализации дополнительного профессионального медицинского образования представлены в третьем разделе закона, где предусмотрено, что «дополнительные профессиональные программы медицинского образования... разрабатываются и утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения». Для нас особенно важным является то, что Федеральный закон сделал легитимными все формы дистанционного образования. Так, в разделе «О формах получения образования и формах обучения или при их сочетании, при проведении учебных занятий, практик, текущего контроля успеваемости, промежуточной, итоговой и (или) государственной итоговой аттестации обучающихся» значит: «Организации, осуществляющие образовательную деятельность, реализуют образовательные программы или их части с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий» [11]. Таким образом, Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» полностью легитимизировал дистанционные образовательные технологии и приравнял их к традиционным. В целях

внедрения в практику образовательного процесса вышеописанные положения Федерального закона были закреплены в Приказе Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» [5]. Приказ определил порядок реализации дополнительного профессионального образования и установил, что он является обязательным для организаций; образовательных организаций высшего образования (далее совместно — организация). В нем говорится, что организация осуществляет обучение по дополнительной профессиональной программе на основе договора об образовании, заключаемого со слушателем и (или) с физическим или юридическим лицом, обязующимся оплатить обучение лица, зачисляемого на обучение. Содержание дополнительного профессионального образования определяется образовательной программой, разработанной и утвержденной организацией. Организации, реализующей дополнительную профессиональную программу, было дано право представлять и отдельные компоненты программы — модули, если они были направлены на достижение целей программы, планируемых результатов ее освоения. Т.о. приказом дано право осуществлять дополнительное образование на основе модульного принципа. Количество зачетных единиц по дополнительной профессиональной программе устанавливается организацией. Формы обучения и сроки освоения дополнительной профессиональной программы определяются образовательной программой и (или) договором об образовании. Срок освоения дополнительной профессиональной программы должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленных в программе. При этом минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов, а срок освоения программ профессиональной переподготовки — менее 250 часов. При реализации дополнительных профессиональных программ организацией могут использоваться различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии и электронного обучения [11]. Образовательный процесс в организации может осуществляться в течение всего календарного года. Продолжительность учебного года определяется организацией. Освоение дополнительных профессиональных образовательных программ завершается итоговой аттестацией обучающихся в форме, определяемой организацией самостоятельно. Лицам, успешно освоившим соответствующую дополни-

тельную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации. В январе 2014 г. Минобрнауки России окончательно, с точки зрения законодательной основы, закрепил легитимность дистанционной формы обучения [6]. Были прописаны правила применения электронного обучения, дистанционных технологий при реализации основных и/или дополнительных образовательных программ. Образовательные организации получили право самостоятельно определять объем аудиторной нагрузки и соотношение объема занятий, проводимых путем непосредственного взаимодействия педагогического работника с обучающимся, и учебных занятий с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Приказом также было четко определено, что «при реализации образовательных программ или их частей с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается отсутствие аудиторных занятий». Программы или их части реализуются с применением электронного обучения, дистанционных технологий в предусмотренных законодательством формах получения образования и формах обучения или при их сочетании. Это делается при проведении учебных занятий, практик, текущего контроля успеваемости, промежуточной, итоговой и (или) государственной итоговой аттестации. При этом организации должны обеспечить соответствующий применяемым технологиям уровень подготовки педагогических работников организации по дополнительным профессиональным программам. Вслед за Министерством образования и науки Российской Федерации был выпущен и ведомственный приказ — Приказ Минздрава России от 11.11.2013 года № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций (с изменениями на 9 июня 2015 года) [3]. В данном приказе, вслед за Федеральным законом, было закреплено понятие непрерывного медицинского образования (НМО) специалистов с высшим медицинским образованием и определены его основные принципы. Было определено, что непрерывное медицинское образование по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации должно проводиться в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении

Министерства здравоохранения Российской Федерации (в частности в Уральском государственном медицинском университете). Понятие о непрерывном медицинском образовании НМО были уточнены в Приказе Минздрава России от 9 июня 2015 г. № 328 [4]. Известно, что одним из факторов, сдерживающих активность администраций лечебных учреждений по реализации дополнительного образования своих сотрудников, является недостаточный объем средств для этих целей. Однако два документа Правительства РФ и Минздрава России являются хорошим подспорьем для получения дополнительного финансирования на эти цели. Речь идет о Постановлении Правительства РФ от 21.04.2016 № 332 «Об утверждении правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» [1] и Приказе Минздрава России от 04.08.2016 № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» [2]. В соответствии с подпунктом «а» пункта 5 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 [1], Минздравом России утвержден Порядок выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее — Порядок). Согласно утвержденному порядку, образовательные программы, реализуемые образовательными организациями с применением одной или нескольких образовательных технологий, в том числе дистанционных образова-

тельных технологий и электронного обучения. В случае включения обучения медицинского работника в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации работодатель заключает с образовательной организацией договор об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе [9]. Настоящий Порядок установил правила выбора медицинским работником, замещающим должность в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее соответственно — образовательная программа, образовательная организация). Финансирование обучения производится в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год [8]. Выбор образовательной программы и образовательной организации осуществляется медицинским работником, обучение которого включено в заявку медицинской организации на включение в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации [7].

Заключение

Проведенный анализ законодательства России, постановлений правительства РФ, ведомственных приказов наглядно демонстрирует легитимность внедрения новых видов образовательных технологий дополнительного образования врачей. Автор надеется, что представленная информация даст возможность руководителям здравоохранения в большей степени сориентироваться в непростом вопросе оптимизации осуществления дополнительного образования для своих врачей. Современные технологии дистанционного обучения для осуществления дополнительного профессионального образования врачей при открывающихся возможностях использования для этих целей средств Фонда обязательного медицинского страхования являются хорошей основой для решения этой трудной задачи.

В Уральском государственном медицинском университете создан и утвержден целый ряд профессиональных дистанционных программ для врачей разных специальностей. Так, на кафедре психиатрии УГМУ разработан, прорецензирован

на портале НМУ Минздрава России и с 20 января 2017 г. внедрен в практику модульный курс «Наркология как самостоятельная и междисциплинарная отрасль медицины», который представляет собой комплекс из семи постоянно обновляемых и дополняемых модулей по 36 учебных часов каждый: «Новые виды наркотиков и острые отравления ими», «Этиология, клиника и лечение наркомании. Новые виды наркотической зависимости», «Алкоголизм: новый взгляд на проблему», «Диагностика и лечение наркологических заболеваний: от рутины к эффективным современным технологиям», «Клиника, лечение и профилактика табачной зависимости», «Современная наркология: проблемные зоны и пути преодоления кризиса», «Наркологические проблемы детского и подросткового возраста». При этом четыре первых модуля при их объединении представляют 144-часовую программу «Современные аспекты наркологии». Целевую аудиторию первых четырех модулей составили *психиатры-наркологи, психиатры, анестезиологи-реаниматологи, токсикологи, врачи СМП, терапевты, врачи приемных покоев, врачи общей практики, инфекционисты*. К обучению по модулю «Клиника, лечение и профилактика табач-

ной зависимости» приглашались *психиатры-наркологи, психиатры, психотерапевты, терапевты, врачи общей практики*. Модуль «Современная наркология: проблемные зоны и пути преодоления кризиса» рассчитан на *психиатров-наркологов, психиатров, инфекционистов*. Материалы модуля «Наркологические проблемы детского и подросткового возраста» предлагались *психиатрам-наркологам, психиатрам, педиатрам*. После проведения внешнего рецензирования модульный курс был утвержден на заседании Ученого совета ФПК и ПП. После получения положительного экспертного заключения на портале Минздрава России была помещена информация о запланированных циклах обучения по модулям предложенной программы. С 20 января 2017 г. началось регулярное дистанционное обучение курсантов по учебным программам модульного курса «Наркология как самостоятельная и междисциплинарная отрасль медицины». Символическим является тот факт, что первой реализуемой программой была 144-часовая программа «Современные аспекты наркологии», позволяющая осуществить допуск к сертификационному экзамену по специальности «психиатрия-наркология».

Литература

1. Постановление Правительства РФ от 21.04.2016 № 332 «Об утверждении правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/106273/>.
2. Приказ Минздрава России от 04.08.2016 № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201610120025>.
3. Приказ Минздрава России от 11 ноября 2013 года № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций (с изменениями на 9 июня 2015 года)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pravo-med.ru/legislation/fz/13450/>.
4. Приказ Минздрава России от 9 июня 2015 г. № 328 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9408-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rf-ot-9-iyunya-2015-g-328>.
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 1 июля 2013 г. № 499 г. Москва «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://минобрнауки.рф/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/4839>.
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятель-

ность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://minobr.gov-murman.ru/files/Pr_2.pdf.

7. Пункт 9 Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от от 21.04.2016 № 332 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2016. — № 18. — С. 2626.

8. Статья 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2010. — № 49. — С. 6422; 2016. — № 1 — С. 52; № 27. — С. 4219.

9. Статья 54 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2012. — № 53. — С. 7598 (подпункт «б» пункта 5 Правил).

10. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2012. — № 53 (с изм.).

11. Часть 3 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2012. — № 53. — С. 7598; 2013, № 19. — С. 2326.

Адрес для переписки: bogdanov-nrc@k66.ru

.....

КУРАТОРСТВО КАК ВАЖНЕЙШИЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ

УДК 378.02

С.Е. Жолудев, К.И. Карташова, А.С. Филатова, Т.И. Камаева

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрены вопросы организации кураторства на стоматологическом факультете, рассмотрены основные направления кураторской работы и формы взаимодействия кураторов со студентами.

Ключевые слова: кураторство, воспитательная работа.

CURRENCY AS THE MOST IMPORTANT VECTOR OF DEVELOPMENT DIRECTIONS OF EDUCATIONAL WORK IN THE HIGHER EDUCATION

S.E. Zholudev, K.I. Kartashova, A.S. Filatova, T.I. Kamaeva

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article are considers the questions of the organization of curatorship at the Dental faculty, the main directions of curatorial work and forms of interaction between the curators and students.

Keywords: currency, educational work.

Кураторство — одна из форм воспитательной работы, выполняемая преподавателем в рамках должностных обязанностей, которые предусмотрены индивидуальным планом.

На стоматологическом факультете кураторскую деятельность осуществляют как кафедры, преподающие младшим курсам, так и профильные кафедры, преподающие стоматологические дисциплины.

Необходимо отметить, что сегодняшний студент представляет собой весьма противоречи-

вую личность: с одной стороны, он под влиянием демократизации общества стал более свободным и независимым, а с другой стороны, его общеобразовательная подготовка снизилась.

Чаще всего именно этот момент и заводит его в тупик с самого начала учебы. Еще многого не понимая, новоявленный студент с легкостью пропускает лекции и даже практические занятия.

Поэтому одна из самых важных и первоочередных задач куратора на стоматологическом факультете — убедить студента, что на сегодняшний

день самое главное для него — учеба и освоение сложной и ответственной профессии врача. У кураторов на первых курсах стоит важнейшая задача — пробудить у студентов интерес к учебе: для этого им надо показать интересные стороны как отдельных предметов, так и будущей специальности стоматологии в целом.

С успехом все эти годы с данной работой справляются все кураторы стоматологического факультета.

Под руководством деканата стоматологического факультета кураторы ведут работу по повышению патриотического воспитания.

Но нельзя сводить работу кураторов СТФ только к контролю за успеваемостью и посещаемостью студентов. Во-первых, кураторы помогают студентам адаптироваться в условиях нового для них студенческого быта.

Опыт общения с первокурсниками показывает, что, в основном, вчерашние школьники не умеют пользоваться библиотекой (каталогами, справочно-библиографическим аппаратом и т.д.); не умеют записывать лекции, конспектировать литературу, готовиться к семинарам; покинув родителей, ребятам сложно адаптироваться к проживанию в общежитии, они еще не умеют совместно вести быт, распределять бюджет и т.д.

Студенты первого курса не всегда могут правильно распределить время для учебы и других дел; не сразу могут сориентироваться в многогранной жизни вуза, кружках, секциях, общественных организациях — в этом и помогает куратор.

В-третьих, нужно «сплотить» группу. Дружный коллектив — большая удача и для самих студентов, и для деканата стоматологического факультета.

Встречи с кураторами у групп происходят еженедельно, также осуществляется непрерывная связь группы и куратора через группу в социальных сетях или мессенджерах.

Литература

1. Воронцова, А. В. Развитие волонтерства в молодежной среде // Отечественный журнал социальной работы / А. В. Воронцова. — 2012. — № 1. — С. 113–121.
2. Гришаев, О. В. Записная книжка куратора студенческой группы: методические рекомендации по организации воспитательной деятельности куратора / О. В. Гришаев, М. В. Щербакова. — Воронеж: Издательско-полиграфический центр Воронежского государственного университета, 2009. — 134 с.
3. Ключникова, Д. В. Влияние куратора учебной группы на процесс адаптации первокурсника / Д. В. Ключникова // Международный научно-исследовательский журнал. — 2015. — № 4–3 (35). — С. 16–17.
4. Образовательные ценности и ориентации воронежских студентов / под ред. А. И. Верецкой, А. П. Дьякова. — Воронеж: Воронежский государственный университет, 2006. — 123 с.
5. McCrindle, M. The ABC of XYZ: Understanding the Global Generations / M. McCrindle, E. Wolfinger. — Sydney: University of New South Wales, 2011.

Адрес для переписки: filatova73@mail.ru

Уже стала доброй традицией победа студентов стоматологического факультета в слетах лучших студенческих групп. По итогам 2017 года лучшей стала группа ОС-305. В 2018 году эта группа вместе с куратором выезжала на два дня на турбазу. Несмотря на, казалось бы, уже зрелый возраст студентов четвертого курса, роль куратора оказалась очень важной. Ведь нужно было продумать такой вопрос, как питание, досуг студентов. Куратор буквально как мама следила за тем, чтобы ребята не остались голодными, помогала решать бытовые проблемы. Ведь для студентов поколения Миллениума (или Y) важной чертой людей стало их воспитание во время зарождения и бурного развития современных средств коммуникации. Речь идет об электронной почте, мобильных телефонах, SMS, Интернете, социальных сетях. Ребята не всегда обращают внимание на решение бытовых проблем. Результатом симбиоза куратора-преподавателя, представителя более раннего поколения X стала победа в 5 номинациях. Кроме того, неформальные отношения «однокашников» и преподавателя способствуют дружбе однокурсников в последующей профессиональной среде и в жизненных ситуациях.

По результатам опроса, в котором участвовали 55 человек студентов 2 и 3 курса стоматологического факультета, положительную роль куратора на первом курсе отметили 87% респондентов, 10% справлялись бы и без помощи куратора, 3% отметили отсутствие необходимости в обращении к куратору за помощью.

Таким образом, кураторство в контексте воспитательной работы, в первую очередь, является важным вектором развития как профессиональной, так и общечеловеческой направленности: оно тесно связано с развитием и активацией системы интересов к определенной области профессионального знания, мотивов к занятию профессиональной деятельностью, проявлением определенных личностных качеств и характеристик.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В СИСТЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

УДК 378.147

**В.Л. Зеленцова, В.И. Шилко, Е.В. Николина, О.И. Мышинская, Л.М. Сергеева,
Е.В. Сафина, Е.М. Чернова**

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена проблеме формирования профессиональных компетенций студентов медицинского университета в условиях реализации федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования.

Ключевые слова: профессиональные компетенции, образовательный процесс, научно-исследовательская работа студентов, медицинское образование.

THE STUDENTS RESEARCH WORK OF MEDICAL UNIVERSITY IN THE SYSTEM OF PROFESSIONAL COMPETENCIES FORMATION

**V.L. Zelentsova, V.I. Shilko, E.V. Nikolina, O.I. Myshinskaya,
E.V. Safina, L.M. Sergeeva, E.M. Chernova**

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the problem of professional competencies formation of medical University students in the implementation of Federal state educational standards of higher education.

Keywords: professional competencies, educational process, research work of students, medical education.

История студенческого научного (СН) кружка кафедры детских болезней лечебного факультета уходит в далекие тридцатые годы прошлого столетия в период руководства кафедрой профессором Е.С. Кроль-Клеванской. Большую популярность СН кружок приобрел в 60–80-е годы, когда студенческие научные исследования курировали будущие известные ученые-педиатры Т.Э. Вогулкина, О.А. Синявская, А.В. Харитонов, В.И. Шилко, Н.Е. Санникова, Г.В. Павлов. Данное направление всегда было неотъемлемой частью работы, которая выполнялась вне основной учебной нагрузки наиболее активными, заинтересованными студентами. В разработанной на основе Федерального государственного образовательного стандарта ООП для специальности 31.05.01 — «Лечебное дело» научно-исследовательская работа студентов (НИРС) является обязательным ее разделом [1]. НИРС также является важным критерием качества подготовки специалистов медицинского профиля и должна быть направлена, прежде всего, на комплексное формирование общекультурных и профессиональных компетенций обучающегося в соответствии с требованиями ФГОС ВО [2].

Студент, обучающийся в медицинском университете, выполняя научные исследования, учится решать следующие профессиональные задачи:

— уметь проводить анализ научной литературы и эпидемиологических показателей;

— владеть практическими навыками применения информационно-коммуникационных технологий;

— уметь подготовить рефераты по изучаемым научным проблемам, доклады, презентации;

— принимать посильное участие в зависимости от курса обучения в решении поставленных научно-исследовательских и организационных задач по диагностике, лечению, мониторингованию и профилактике изучаемых патологий у пациентов детского и подросткового возраста;

— формировать самостоятельность профессионального мышления: способность к профессиональному саморазвитию, самореализации, развивая познавательные способности, активность, творческую инициативу, самостоятельность, ответственность и организованность;

— уметь использовать в ходе исследований методы статистического анализа и доказательной медицины.

Итогом всего перечисленного, на наш взгляд, является систематизация, закрепление, углубление и расширение полученных на кафедре теоретических знаний и практических умений. Работая в студенческом научном кружке, студент дополнительно мотивирует себя в необходимости знаний пропедевтики детских болезней и педиатрии в дальнейшей профессиональной деятельности и, прежде всего, необходимости участия врача

общей практики в планировании семьи, формировании здорового образа жизни родителей и, таким образом, рождении и воспитании здорового ребенка.

На кафедре исторически сложилась стройная система организации исследовательской работы студентов. Данная система включает два элемента, первый из которых — учебно-исследовательская работа студентов (УИРС), проводимая самостоятельно в рамках учебного плана. Всего в РПД заявлена 21 тема, предлагаемая студентам 3—4 курса лечебного факультета по всем разделам педиатрии. Вторым компонентом является научно-исследовательская работа во внеучебное время, осуществляемая в УГМУ в рамках научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС).

ФГОС предусматривает указанные виды деятельности, которые соответствуют разделу «самостоятельная работа студентов». Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся (ВСР) планируется в виде учебно-исследовательской и научно-исследовательской работы, выполняемой во внеаудиторное время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия. В рабочей программе дисциплины они трактуются как обязательная ВСР и дополнительная ВСР. Обязательная ВСР — это работа, которую каждый студент должен выполнить в рамках изучения дисциплины для успешной промежуточной и итоговой аттестации. Трудоемкость этого вида работы указана в учебных планах и оценивается в дополнительных баллах согласно БРС. Этот вид деятельности по форме и содержанию в полной мере соответствует УИРС.

Дополнительная ВСР студентов отражает их исследовательскую, творческую, организационную и методическую активность. Темы дополнительной ВСР ежегодно меняются. Они, безусловно, зависят от творческого и научно-педагогического потенциала сотрудников кафедры, но в то же время определяются актуальностью изучаемой проблемы, специализацией лечебных баз, наличием профильных пациентов.

В рамках научно-исследовательской деятельности на кафедре приветствуются междисциплинарные и «прикладные» работы: педиатрические с блоком хирургических (офтальмологических, акушерских, терапевтических и др.) исследований, предусматривающие изучение развития патологического процесса в аспекте возрастной динамики, разработку превентивных технологий. Данная деятельность студентов обеспечивает формирование целого ряда компетенций (ОК-1, ОК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-20, ПК-21 и др.)

Согласно требованиям ФГОС для обеспечения программы научно-исследовательской рабо-

ты университет и кафедра предоставляют обучающимся:

- специальную литературу и другую научно-техническую информацию о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний;

- возможность участвовать в проведении научных исследований, выполняемых на кафедре;

- работать с пациентами и первичной документацией;

- принимать участие в лабораторных и инструментальных исследованиях;

- оформлять самостоятельно, с помощью преподавателя аналитический блок работы и готовить публикацию;

- выступать с докладом на конференции.

Критериями оценки результатов научно-исследовательской работы студентов являются:

- уровень освоения учебного материала, в т.ч. с использованием электронных образовательных ресурсов;

- умение использовать теоретические знания и практические умения при выполнении профессиональных задач;

- уровень сформированности общих и профессиональных компетенций;

- оформление полученных материалов в соответствии с требованиями;

- умение формулировать свою позицию и аргументировать ее.

Кафедра не является профильной, но при этом многие студенты, отчитавшись за курс педиатрии (2 семестра), продолжают работу в кружке, активно участвуют во всех мероприятиях СНО УГМУ. Ежегодно студентами 3—4 курсов лечебно-профилактического факультета публикуется 8—12 работ, получающих заслуженное одобрение педиатрической секции НОМУС.

Еще одной важной функцией НИРС является изменение традиционного характера взаимоотношений в тандеме «преподаватель — студент». Происходит переход на качественно новый уровень взаимодействия в виде совместной творческой работы. Такое взаимодействие не только усиливает образовательный компонент, но и имеет большое воспитательное значение, т.к. позволяет преподавателю в процессе сотрудничества влиять на личностные качества студента.

Таким образом, научно-исследовательская работа студентов является процессом и результатом освоения целого ряда профессиональных качеств, необходимых для успешной работы выпускника медицинского ВУЗа. Также мы рассматриваем УИРС как одну из результативных форм осуществления наставничества и введения в профессию.

Литература

1. ООП ВО специальности 31.05.01 — Лечебное дело [Электронный ресурс] / URL: http://www.usma.ru/gallery/Uch_de/2017-2018/OOP_LPF.pdf (дата обращения: 24.04.2018).
2. Власова, В. Н. Организация научно-исследовательской работы студентов в медицинском университете / В. Н. Власова, Н. Ю. Таирова // Гуманитарные и социальные науки. — 2016. — № 4. — С. 173—182.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КУРАТОРОВ В УГМУ

УДК 378:61

Е.И. Зерчанинова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Кураторы представлены наиболее опытными преподавателями теоретических и клинических кафедр, помогают студенту адаптироваться в новых условиях системы образования.

Ключевые слова: куратор, образование, прогресс.

EDUCATIONAL WORK OF CURATORS IN THE URAL STATE MEDICAL UNIVERSITY

E.I. Zerchaninova

In the numbers of the curators includes the most experienced teachers of theoretical and clinical departments who regularly give talks to the students about the basic regulations of the University. The curators helps to shape personal and communicative competence of students to adapt to the new system of education, to include of the score-rating system.

Keywords: the curators, educational work, the progress.

Институт кураторов (прикрепленных преподавателей) создан в УГМУ более десяти лет назад для повышения эффективности воспитательной работы на основании закона РФ «Об образовании», Федерального закона «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», Устава УГМУ, Концепции воспитательной деятельности в «ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет», Положения о кураторе, прикрепленном к академической группе.

Кураторы помогают формировать личностные и коммуникативные компетенции студентов, адаптироваться в новой системе обучения, в том числе в условиях внедрения балльно-рейтинговой системы. Воспитательная работа проводится в университете с первого курса и способствует формированию корпоративной культуры студенчества. На лечебно-профилактическом, педиатрическом, медико-профилактическом и фармацевтическом факультетах прикрепленные преподаватели занимаются со студентами 1–2 курсов, на стоматологическом факультете — 1–3 курсов.

Для координации работы кураторов всех факультетов создан Совет кураторов университета. Вместе с Советом кураторов результативно работает проректор по социальной работе и безопасности, советник ректора по безопасности, деканаты всех факультетов и актив прикрепленных преподавателей.

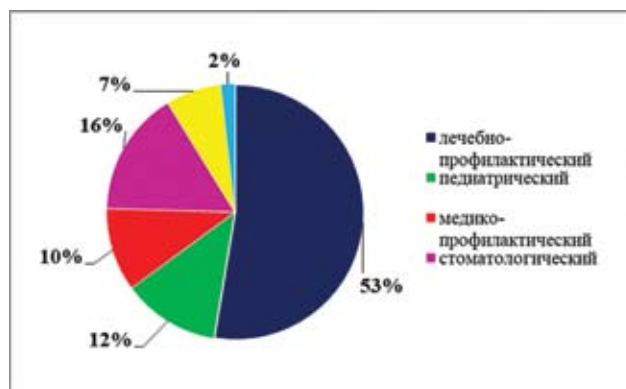


Рис. 1. Количество кураторов в УГМУ в 2017–18 учебном году

Сегодня в университете около 60-ти кураторов, каждый из которых закреплен за определенной группой. После зачисления первокурсников, их распределения по группам составляется приказ о назначении кураторов, затем куратор знакомится с группой, собирает «анамнез»: оценивает контингент группы, форму обучения (бюджет, контракт, целевой бюджет, целевой контракт), круг интересов ребят. Студенты и кураторы находятся в постоянном взаимодействии друг с другом. Если возникает необходимость, кураторы посещают занятия своих подопечных, присутствуют на курсовых экзаменах.

В число кураторов входят наиболее опытные преподаватели теоретических и клинических

ких кафедр, которые регулярно проводят беседы со студентами об основных нормативных документах вуза, правах и обязанностях студента, истории и традициях вуза, правилах проживания в общежитии, волонтерском движении в академии.

Особое значение имеют беседы о вреде курения и профилактике алкогольной и наркотической зависимости. Кураторы регулярно проводят беседы, показывают фильмы, которые создают студенты вместе с прикрепленными преподавателями и неоднократно удостоены наград на Открытом фестивале-конкурсе социальных роликов и документальных фильмов «Выбери жизнь». У студентов на лекции по фармакологии по теме «Наркотические анальгетики» показывают социальный ролик по формированию здорового образа жизни и профилактике потребления психоактивных веществ. Регулярно проводятся совместные заседания и лекции для кураторов по профилактике различных зависимостей с привлечением сотрудников ФСКН и управления аппарата Государственного антинаркотического комитета по УрФО.

Институт кураторов помогает администрации университета и в формировании психологической безопасности образовательной среды. Осуществляемые профилактические мероприятия направлены на безболезненное прохождение у студентов младших курсов сложного процесса социализации в новой среде. Совместно с кафедрой психологии и педагогики проводится анкетирование студентов. Одна из анкет, предлагаемая для заполнения, связана с проблемами безопасности образовательной среды, психэмоциональной защищенности студентов. Понимание проблем с которыми студенты сталкиваются в нашем университете, приводит к выработке корректирующих мероприятий в рамках всего вуза.

Прикрепленные преподаватели в течение учебного года собирают информацию об успеваемости студентов, анализируют ее, а также оценивают состояние здоровья и социально-бытовые условия жизни студентов, посещают общежития. Также имеется положительный опыт ведения занятий прикрепленными преподавателями, способствующий хорошей успеваемости по изучаемым предметам и отсутствию отчисленных студентов.

Куратор вместе с сотрудниками деканатов и Управления по внеучебной работе участвует в формировании актива группы, способствует развитию творческого потенциала и инициативы студентов, оценивает психологическую, эмоциональную и деловую атмосферу в группах, помогает

разрешить конфликтные ситуации. Сотрудники кафедры психологии и педагогики на протяжении многих лет оказывают анонимное бесплатное психологическое консультирование, помогая разрешить возникшие проблемы или сложные жизненные ситуации.

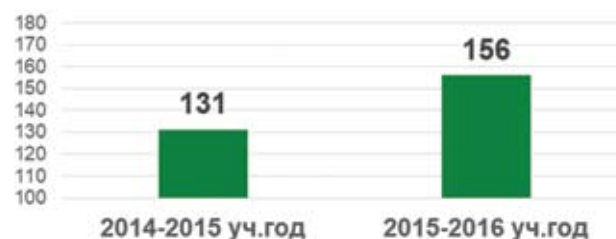


Рис. 2. Количество обращений за консультативной психологической помощью на кафедру психологии и педагогики

Особое место в кураторской деятельности занимает работа с социально неблагополучными детьми. Это очень сложный контингент людей, пришедших к нам уже изначально со сложной судьбой: ребята закрыты, поэтому с ними достаточно тяжело работать.

В УГМУ обучается многонациональный контингент студентов, мы должны со всеми диаспорами находить общий язык. Межконфессиональная разрозненность — это для нас новая серьезная проблема. Разные культуры, разные вероисповедания — очень тонкие грани, управлять которыми могут кураторы, они стараются разобраться в сути конфликта до мельчайших подробностей. У них есть опыт и возможности, поэтому они могут найти деликатный подход к решению той или иной проблемы.

Студенты, занимающиеся на кафедрах у своих кураторов, показывают хорошие результаты при сдаче курсовых экзаменов, активно участвуют в работе НОМУС, поскольку преподаватель воспитывает студентов также и через свой предмет, старается заинтересовать изучаемой дисциплиной. Прикрепленный преподаватель всегда обладает полной информацией о проблемах и заботах своих подопечных, участвует в различных мероприятиях вуза, факультета и группы, организует посещение театров, выставок.

Лучшие кураторы выбираются совместно с деканатами факультетов, при анкетировании студентов и на основании итогов работы, что включает: успеваемость в курируемых группах, посещение общежитий, проведение бесед с наиболее проблемными студентами, имеются ли отчисленные студенты по итогам сессии, посещение собраний кураторов на факультетах и в вузе.

МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ В РАБОТЕ ВРАЧА

УДК 614.253

В.А. Киселев

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье исследуются противоречия, возникающие между долгом врача и правом пациента на оказание определенных медицинских услуг; анализируются правовые и моральные нормы, позволяющие врачу разрешить возникающие правовые и моральные дилеммы.

Ключевые слова: ребенок, здоровье, мораль, этика, право, врачебная тайна.

MORAL-LEGAL COLLISIONS IN THE WORK OF THE DOCTOR

V.A. Kiselev

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The contradictions that arise between the doctor's duty and the patient's right to provide certain medical services are investigated; legal and moral norms are analyzed, allowing the doctor to resolve emerging legal and moral dilemmas.

Keywords: child, health, morality, ethics, law, physician-patient privilege.

Врачебная деятельность, как и всякая другая, регламентируется административными, техническими, правовыми, моральными нормативными актами, инструкциями, кодексами, законами. Вышеперечисленные регуляторы, вступая в сложные взаимосвязи между собой, неизбежно в силу собственной специфики порождают дилеммы и противоречия, разрешение которых становится задачей субъектов деятельности. Особенно остро эти противоречия и их разрешение проявляются в медицине при оказании помощи несовершеннолетним пациентам. Морально-правовые коллизии, связанные с оказанием медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, возникают в разных областях современной медицины и, являясь актуальной проблемой, выступают предметом всестороннего исследования [1].

Мы обратимся к репродуктивной медицине, в которой также регламентируются важнейшие права и ценности несовершеннолетних, а именно репродуктивные права и репродуктивный выбор пациентов.

Цель

Проанализировать моральные и правовые дилеммы, возникающие перед врачом-гинекологом в ситуации, когда несовершеннолетняя пациентка обращается к врачу с просьбой прерывания нежелательной беременности.

В начале представим реальный случай из медицинской практики: «16-летняя школьница с 10-недельным сроком беременности обратилась к врачу-гинекологу с просьбой сделать ей аборт. Врач отказал школьнице в операции, мотивировав свой отказ необходимостью предварительного

разговора с родителями беременной и получения согласия на операцию от них» [2].

Перед нами реальная ситуация, возникающая перед врачом-гинекологом. Ситуация биоэтическая, так как в ней имеет место сложное пересечение (столкновение) интересов, ценностей, ожиданий, беспокойств пациентки с профессиональным долгом врача. На первый взгляд, все просто. Пациентка просит о проведении аборта. Она по закону имеет право на репродуктивный выбор, в данном случае — на прерывание беременности. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве [3]. Пункт 2 ст. 56 уточняет, что искусственное прерывание беременности по желанию женщины (в этом случае так оно и есть) проводится при сроке беременности до 12 недель. Срок беременности нашей пациентки 10 недель. По этим показаниям пациентка имеет право на аборт.

В соответствии с отечественным законодательством (п. 2 ст. 54 ФЗ № 323) граждане с 15 лет и старше имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него. Законом ФЗ-323 предусмотрено лишь несколько исключений, когда информированное добровольное согласие (или отказ) дает один из родителей или иной законный представитель в отношении: лица, признанного в установленном порядке недееспособным; несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи; в случае трансплантации. Таким образом, по закону никаких препятствий к прерыванию беременности нет

у пациентки и по возрасту, и по сроку беременности. Поэтому врач обязан удовлетворить просьбу пациентки. Но в этой ситуации он отказывает пациентке в операции, мотивируя необходимостью предварительного разговора с родителями беременной и получения согласия на операцию от них. Формально в данном случае врач не имеет права отказать в просьбе пациентке и в то же время не имеет права напрямую обращаться к родителям пациентки, иначе он нарушит моральную и юридическую обязанность хранить медицинскую тайну. Известно, что Приказом Минздрава РФ № 216 от 07.04-2016 не предусмотрено информирование врачом третьих лиц и не требуется от пациента указания лица, с которым врач может решать возникшие вопросы медицинского вмешательства [4]. Также и статья 13 федерального закона № 323 («Соблюдение врачебной тайны») не предусматривает исключений такого рода. Глубоко прав профессор А.П. Зильбер, считающий, что в повседневной клинической практике медицинская этика и право «идут в одной упряжке лошадей — их разделяет только оглобля кодексов» [5]. Возникает моральная и правовая коллизия в работе врача-гинеколога.

С одной стороны, опыт врача подсказывает, что проведение аборта в таком возрасте чревато не только медицинскими осложнениями, но и непростыми социальными последствиями как для молодой женщины, так и для ее родителей. Прав ли врач, отказав школьнице в операции, ссылаясь на необходимость предварительного разговора с родителями? Предположим, врач, формально следуя законодательным и профессиональным этическим нормам, проводит аборт. Родители пациентки, узнав о прерывании беременности, могут предъявить претензии к врачу по поводу того, что он не информировал их об этом, причинив им тем самым моральные страдания. Мы здесь даже не рассматриваем ситуацию возможных медицинских осложнений, возникающих нередко при проведении операции. Итак, родители в претензиях к врачу опираются на свои обязанности и ответственность за жизнь, здоровье, благополучие несовершеннолетней дочери. И они будут правы. В самом деле, здоровье и жизнь, воспитание, развитие ребенка защищены принципами и нормами международных и национальных законодательств. Конвенция ООН о правах ребенка, признавая право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития, вместе с тем утверждает, что родитель (и) или другие лица, воспитывающие ребенка, несут основную ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей усло-

вий жизни, необходимых для развития ребенка [6]. Отечественные законодательные документы закрепляют своими нормами положения Конвенции о правах и обязанностях родителей: Конституция Российской Федерации утверждает, что «забота о детях, их воспитание — равное право и обязанность родителей» [7]. Но особенностью родительских прав является то, что они ограничены временем; по достижении детьми полной дееспособности родительские права и обязанности формально прекращаются: достижение совершеннолетия (18 лет); вступление несовершеннолетних детей в брак; эмансипация; усыновление детей; лишение родительских прав; смерть и объявление гражданина умершим. В ст. 63 Семейного кодекса Российской Федерации закреплена норма о том, что родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей [8]. Таким образом, основания предъявить претензии, не только моральные, но и юридические, к врачу у родителей в вышерассмотренной ситуации имеют место. Но врачу-гинекологу в данном случае быть объектом судебных или иных разбирательств, даже с учетом его моральных переживаний за судьбу и здоровье пациентки, крайне не желательно. Он попадает в правовую «вилку». С одной стороны, базовое медицинское законодательство предоставляет право несовершеннолетней пациентке уже с 15 лет требовать сохранения врачебной тайны и полного права на производство аборта (ее срок беременности 10 недель), с другой — родители (или законные представители) пациентки обязаны по закону заботиться о благополучии своего ребенка, а тем самым несут перед обществом и ответственность за благополучие, здоровье и судьбу своего ребенка.

Возможно ли решение этой дилеммы для врача с правовой и моральной позиции? Рассмотрим эту ситуацию. В соответствии с п. 3 ст. 56 Семейного кодекса РФ должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки или попечительства по месту фактического нахождения ребенка. Конечно, прямой угрозы жизни пациентки при проведении аборта, как правило, не существует, но осложнения для ее здоровья не исключаются. Более того, статьей 62 Семейного кодекса РФ предусмотрена возможность признать родителями несовершеннолетних граждан в их правах на совместное проживание с ребенком и участие в его воспитании с 16 лет. Эта норма касается как раз нашей пациентки, возраст которой и состав-

ляет 16 лет. Возможно, что обе вышеуказанные нормы из Семейного кодекса дают юридическое основание и право врачу (в нашем случае врачу-гинекологу) информировать родителей или близких пациентки в тех ситуациях, когда оперативное вмешательство может создать угрозу благополучию пациентки.

Тем не менее, остается «серой зоной» возраст между 15-летием и 16-летием несовершеннолетних, обратившихся за медицинской помощью. Правовая дилемма здесь остается: репродуктивный выбор пациентки юридически обоснован, а врач обязан обеспечить этот выбор. Морально-этическое решение этой дилеммы расширяет возможности врача. В соответствии со ст. 10 Этического кодекса российского врача (1994) он при оказании медицинской помощи должен руководствоваться исключительно интересами пациента, своими знаниями и личным опытом. В таких случаях врач с полным моральным правом может обратиться к пациентке с просьбой (советом) получить мнение, волеизъявление родителей (законного представителя) относительно предстоящего медицинского вмешательства. Большую роль в разрешении этой дилеммы играет степень доверия между ребенком и его родителями, степень ответственности родителей за здоровье, судьбу несовершеннолетнего ребенка. Круг репродуктивных проблем, с которыми к врачу обращаются несовершеннолетние пациенты (здоровье, контрацепция, беременность), жестко не связан с возрастом, а детерминируется образом жизни, уровнем общей и репродуктивной культуры, морально-психологической атмосферой, сложившейся в семье.

Выводы

Решение вышерассмотренной дилеммы представляется в двух направлениях: по возрасту и по форме участия родителей (законных представителей пациентки) в решении возникших проблем.

Первое. Вопрос о возрасте. В законе прописано — 15 лет (мы здесь не рассматриваем права недееспособных граждан, наркозависимых, трансплантацию, где правоспособность признается с 18 лет). Но почему в здравоохранении признается правоспособность с 15 лет, а не с 14 или 16 лет? Возможно ли признание правоспособности в медицине с 14 лет? Ведь это возраст получения молодым человеком гражданского паспорта, а значит, ему делегировалось бы право принимать решения и относительно вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи. Рассматриваемый нами случай с репродуктивными правами пациентки все же особый. И здесь возраст пациентки играет

важную роль. По словам заведующей городским перинатальным центром, акушера-гинеколога высшей категории г. Екатеринбурга Ирины Салимовой, у подростков до 15 лет имеет место «физиологическая незрелость», а после этого возраста социальных и медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности нет. «Физиологическая незрелость» подростков накладывается на период их сексуальной активности. Опрос старшеклассниц Московской области (было опрошено 650 человек) показал, что начинают половую жизнь: 8% — в возрасте до 13 лет, 40% — до 15 лет [9]. Таким образом, возраст 15 лет — это определенная граница между «физиологической незрелостью» и «физиологической зрелостью» и с медицинской точки зрения может обоснована как первая ступень правоспособности в медицине: паспорт на руках и «зрелость» в теле. Для врача-гинеколога проблему создают два фактора: ранняя половая жизнь подростков (48% — до 15 лет) и право несовершеннолетних, закрепленное законодательством, самостоятельно решать вопросы с 15 лет при обращении за медицинской помощью. В то же время не противоречило бы законодательным нормам и установление правоспособности с 16 лет (смотри вышерассмотренные положения Семейного кодекса РФ).

Второе. Форма участия родителей (законных представителей) в информированном выборе медицинского вмешательства или отказа от него. В медицинском сообществе имеются разные мнения решения по этому вопросу. Например, в РДКБ имеется специальная инструкция, по которой во время беседы врача с ребенком, в том числе старше 15 лет, присутствуют родители. Хотя и здесь многое зависит от степени доверия в семье, доверия между ребенком и родителями (законными представителями). Нельзя не согласиться с заведующим кафедрой правоведения Пермского ГМУ им. Е.А. Вагнера В. Курановым, который считает необходимым отражать в медицинской документации согласие пациента на передачу информации определенным лицам [10]. Такая практика регламентируется и Федеральным законом ФЗ-323, статья 22-я. Наверное, пришло время предусмотреть форму обязательного волеизъявления родителей (законных представителей) несовершеннолетнего пациента при серьезных инвазивных, оперативных вмешательствах: составление договора, в котором вместе с подписью несовершеннолетнего пациента (15 лет и старше) будет и подпись законного представителя в оформляемых медицинских документах. Правда, в таком случае нуждается в корректировке и норма о медицинской тайне, на которую имеет право несовершеннолетний с 15 лет.

Литература

1. Баранов, А. А. Правовые и этические основы информированного согласия на вакцинацию в России: необходимость изменения подхода / А. А. Баранов, Н. И. Брико, Л. С. Намазова-Баранова и др. // Педиатрическая фармакология. — 2016. — Т. 13, № 2; Баранов, С. А. Право пациента на информацию о состоянии здоровья: постановка проблемы / С. А. Баранов // Медицинское право. — 2013. — № 1 (47); Павлов, А. В. О медицинской тайне несовершеннолетнего при осуществлении в отношении его медицинского вмешательства / А. В. Павлов // Медицинское право. — 2017. — № 1.
2. Сидоров, П. И. Правовая ответственность медицинских работников / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, Г. Б. Дерягин. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 55.
3. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 56. — М., 2012.
4. Приказ МЗ РФ от 7 апреля 2016 г. № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».
5. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 519.
6. Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 года. Ст. 27.
7. Конституция Российской Федерации. Ст. 38 (п. 5).
8. Семейный кодекс Российской Федерации. Ст. 63.
9. Вы на аборт // Уральский рабочий. — 2016. — № 43.
10. Медицинский вестник. — 2015. — № 4–5.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

УДК 371.7

О.Ю. Малозёмов¹, И.И. Малозёмова²

¹ *Уральский государственный лесотехнический университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

² *Уральский государственный педагогический университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье обсуждаются аспекты здоровьесбережения в среде учащейся молодежи во взаимосвязи социализации и мотивационных особенностей сохранения здоровья. Методом анкетирования исследованы две позиции: индивидуальная мотивация и общественная. Показаны общие и различные стороны данных позиций.

Ключевые слова: мотивы сохранения здоровья, учащаяся молодежь.

STUDY OF MOTIVES OF HEALTH SAVING AT STUDENT YOUTH

O.Y. Malozyomov, I.I. Malozyomova

¹ *Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

² *Urals state pedagogical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The article discusses aspects of maintaining the health environment of students in the relationship of socialization and motivational features of a healthy. Two positions are considered: individual motivation and social. Shows the general and various aspects of these positions.

Keywords: motives of health preservation, young students.

Введение

Проблемы социализации и здоровья молодежи можно оценивать как близкородственные. Несмотря на то, что природную основу личности образуют ее биологические особенности, ее сущностным основанием, опосредующими факторами развития являются *социально значимые* качества. Многие социально значимые качества, тем не ме-

нее, противоречат основным здоровьесберегающим принципам. Поэтому в проблемах здоровьесбережения молодежи средствами образования актуализируются вопросы сохранения здоровья при социальной адаптации учащихся и выпускников учебных заведений.

В философско-социологическом плане общество в целом предстает для молодежи как не-

кое пространство противоречивых вероятностных событий, в котором с неизбежностью необходимо прожить полноценную (в индивидуальном понимании) жизнь. Следовательно, формирующее воздействие общества на здоровьесохранное поведение и валеоустановки учащихся неизмеримо велико. Если исходить из позиций адаптационной модели здоровья [2], то чем лучше будет проходить социальная адаптация молодого человека в обществе, тем лучшим здоровьем он будет обеспечен. Однако здесь возникает вопрос и возможное противоречие о соотношении восприятия мотивов общественного и индивидуального здоровья. Поэтому мнения учащихся об обществе интересны для теории и практики здоровьесформирования, поскольку выступают некими ориентирами приобретаемых впоследствии личностных характеристик, динамических стереотипов поведения молодых людей. Тем более что, характеризуя современное информационное пространство, отмечается исчезновение источников информации, помогавших ранее позитивному выбору ребенка [1]. Изменилось не только содержание этого воздействия, которое прямо и косвенно культивирует далекий от здорового образа жизни, но важнее то, что резко изменились еще и формы этого воздействия. Информация не отстранена, не нейтральна по отношению к молодежи. Для нее характерна агрессивность, навязывание определенных стереотипов и, что самое главное, требование конкретных действий, безальтернативность их выбора — иначе молодой человек не будет соответствовать навязываемому стандарту образа жизни.

Цель работы

Показать особенности восприятия мотивов оздоровления у социальной категории «учащаяся молодежь» с индивидуальной и общественной позиций.

Материалы и методы

Рассмотрим кратко результаты социологического исследования (метод — анкетирование), проведенного авторами, относительно мнений различных категорий учащейся молодежи (старшие школьники, студенты вузов, ссузов, курсанты) о мотивах сохранения здоровья. Общий объем выборки составил более 2500 человек. Выбор наиболее значимых мотивов осуществлялся из общего списка (сорок мотивов) с двух точек зрения: «Я» — «общество» (данные представлены в таблице).

Результаты и обсуждение

Примечательно, что во всех рассматриваемых случаях основной мотив иметь здоровье — «для полноценной жизни». Это не удивительно и ожидаемо, поскольку категория «полноценность»

предполагает в целом хорошее качество жизни, психофизический комфорт. Далее наблюдаются существенные различия во взглядах учащихся на себя и на общество. Например, мотив «долго жить» как общественно значимый — более действенный, чем в молодежной популяции. Общественно значимыми являются также материально ориентированные мотивы иметь здоровье — «успешно работать» и «больше зарабатывать».

Результаты выбора учащейся молодежью мотивов иметь здоровье

Репрезентативные мотивы иметь здоровье	Ранги доминирующих мотивов	
	юноши	девушки
Для полноценной жизни	1 / 1	1 / 1
Чтобы не болеть	2 / 5	3 / 6
Чтобы собственные дети были здоровые	5 / -	2 / -
Для достижения своих целей	6 / -	4 / -
Чтобы добиться успеха	3 / -	- / 4
Чтобы долго жить	4 / 2	- / 5
Для счастья	- / 6	5 / -
Чтобы успешно работать	- / 3	- / 2
Чтобы больше зарабатывать	- / 4	- / 3
Чтобы чувствовать себя уверенно	-	6 / -

Примечание. Представлены наиболее значимые (шесть из сорока, предъявленных для рассмотрения) мотивы иметь здоровье; знак «-» указывает на отсутствие данного мотива в числе первых шести. В числителе — позиция выбора «Я», в знаменателе — «общество».

Во взглядах на общество прослеживается значительная инструментальная составляющая категории здоровья: здоровье не самоцель, а средство достижения других целей. Мотив здоровьесбережения «чтобы не болеть» — для учащихся более значим (2—3-й ранги), нежели представленный ими как общественно значимый (5—6-й ранги). К гендерно-дифференцированному можно отнести мотив сохранения здоровья собственных детей (у девушек данный мотив стоит на втором по значимости месте, у юношей — на пятом). Общество в данном отношении предстает в совсем невыгодном свете — данного мотива в числе шести репрезентативных нет. Иными словами, в восприятии учащихся забота о здоровье детей в обществе не выражена. Это фактически означает, что в пред-

ставлениях учащихся взаимосвязь индивидуального и общественного здоровья слабая, а общество зачастую устраняется от сохранения индивидуального здоровья.

В целом, в репрезентативном списке, представляющем общество, больше мотивов иметь здоровье, связанных с социально-экономической и психологической сферой. Мотивов, связанных непосредственно с физическим самосохранением в чистом виде, всего один-два: «долго жить» и, возможно, «не болеть». Это говорит о том, что *общественные мотивы оздоровления* в представлениях учащихся ориентированы, прежде всего, на «социальную выживаемость», *достижение социально-психологического комфорта*.

В данном случае здоровье как инструментальная ценность проявляется особенно отчетливо: здоровье выступает не целью, а средством, прямо или косвенно влияющим на полноценность жизни, социальную успешность, семейное благополучие. Каких-либо значительных гендерных различий по данному пункту исследования не обнаруживается.

В связи с этим требуется осторожность и специфичность в рекламировании и агитации учащихся к соблюдению принципов ЗОЖ, поскольку в их взглядах данные принципы обществом не соблюдаются и, более того, не востребованы. Это означает, что диссонанс декларируемых и реально востребованных, усваиваемых молодежью ценностей может привести к еще большей пассивности, даже нигилизму, протесту в отношении здоровьесохранного поведения. Следовательно, молодой человек *должен видеть, что обществом здоровый, психофизически и нравственно полноценный человек не только востребован как социально активная единица, но, более того, такой человек имеет преимущества в системе социального выживания*. Сейчас это наблюдается только в ограниченном списке профессий. Более

того, здоровьезатратные, девиантные формы поведения, вредные привычки в молодежной среде сами зачастую являются своеобразной формой социализации [3].

Поскольку конечной целью любой образовательной системы является не только обучение и воспитание, но и развитие личности, то мерой достижения этой цели является результат, находящийся в личности выпускника, а «не в безличных новообразованиях типа технологий обучения, методик воспитания, организации учебного процесса, создания материальной базы и т.п.» [4, с. 27]. С позиций педагогики здоровья главным является сформировать у учащегося сущностные основы здоровья и его сохранения. Важно показать, что в физкультурно-оздоровительной деятельности объективно и субъективно любой человек может найти для себя не только психофизическую основу самосохранения, но и область развития своей личности в целом, проявления своих социально-психологических интенций, формирующих индивидуальное здоровье и адекватную «Я-концепцию».

Выводы

В качестве основного *вывода* можно отметить, что игнорирование или незнание вышеизложенного, возможно, и приводит к тому, что значительные усилия по физическому воспитанию, ориентированные в основном на двигательные показатели молодежи, в социозависимой и психогенной реальности оказываются малоэффективными, не приводят в дальнейшем большинство учащихся к самообеспечению здоровья средствами физической культуры. Сами же оздоровительные программы зачастую трансформируются лишь в инструкции, указания, декларации и призывы, слабо связанные как с жизненными реалиями, так и с психосоциальной сущностью развивающейся личности молодого человека.

Литература

1. Апатенко, С. О. О мерах по развитию и популяризации в России здорового образа жизни и массовых занятий физической культурой и спортом / С. О. Апатенко // Спорт в школе. — 2005. — № 2 (257). — С. 3—10.
2. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: уч. пособие / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. — М.: Академия, 2001.
3. Журавлёва, И. В. Здоровье подростков: социологический анализ / И. В. Журавлёва. — М.: Изд-во ин-та РАН, 2002.
4. Реан, А. А. Психология личности. Социализация, поведение, общение / А. А. Реан. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.

Адрес для переписки: malozemov196@mail.ru, maloz.65@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ С ПОМОЩЬЮ АНКЕТИРОВАНИЯ

УДК 613.955:616.31

О.А. Мосейчук, М.П. Харитонова, Е.В. Халилаева

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Проблемам стоматологического здоровья школьников посвящено большое количество публикаций, что позволяет считать достаточно изученным данное направление. При этом с каждым годом меняется само отношение школьников к здоровью полости рта, что находит отражение при проведении анкетирования среди детей школьного возраста. Данные, полученные при опросе школьников, играют важную роль в оценке эпидемиологической ситуации в основной группе стоматологических заболеваний и мерах, необходимых для их профилактики.

В 2017 г. правительство РФ опубликовало постановление № 394 о включении мероприятий по вопросам «Первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения РФ» в государственную программу развития здравоохранения РФ на 2015–2020 гг. Для реализации данной программы имеют важное значение результаты анкетирования разных групп населения в регионах нашей страны.

Ключевые слова: анкетирование, школьный возраст, стоматологическое здоровье.

THE ANALYSIS OF ORAL HEALTH IN SCHOOLCHILDREN OF SVERDLOVSK REGION ON THE BASIS OF QUESTIONING

O.A. Moseichuk, M.P. Kharitonova, E.V. Khalilaeva

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

A large number of publications are devoted to the problems of dental health of schoolchildren, which allows us to consider this area sufficiently studied. At the same time, the attitude of schoolchildren to oral health is changing every year, which is reflected in the survey among school-aged population. The data obtained in the survey of schoolchildren play an important role in assessing the epidemiological situation in the main group of dental diseases and the measures necessary for their prevention.

In 2017 the government of Russian Federation published the resolution №394 on inclusion of measures on “Primary prevention of dental diseases among the population of the Russian Federation” in the state program of health care development for 2015–2020. The results of the survey of different population groups in the regions of the country are important for the implementation of this program.

Keywords: survey, school age, dental health.

Введение

Последнее десятилетие ведущим принципом здравоохранения является профилактическая направленность. Всемирная организация здравоохранения своей целью поставила задачу снижения интенсивности кариеса постоянных зубов у детей в возрасте 11–12 лет до уровня КПУ не более 3.0 [1]. Уровень гигиенического состояния полости рта школьников определяется наличием знаний в этой области, навыками ухода за полостью рта, постоянным наблюдением у врача-стоматолога, правильным владением техникой ухода за полостью рта, соблюдением режима питания [2].

Правильная и регулярная гигиена полости рта занимает главное место в комплексе мероприятий, предотвращающих возникновение кариеса и заболеваний пародонта. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения РФ в 2007 году в 46 регионах показало, что 78% детей в возрасте 12 лет имеют пораженные кариесом зубы [3].

Цель исследования

1. Оценить уровень гигиенической просвещенности среди школьников, проживающих в Свердловской области.
2. Установить уровень информированности школьников Свердловской области в отношении питания, способствующего профилактике кариеса.

Материалы и методы

Нами проведено анкетирование детей, проживающих в условиях сельской местности и небольших областных городах. Для исследования были выбраны следующие города Свердловской области: г. Арамилы, г. Арти и с. Кашине. Детское население г. Арамилы обращается за помощью в стоматологический кабинет на базе центральной районной больницы (ЦРБ), осуществляет прием зубной врач. В г. Арти стоматологическая помощь детям оказывается в стоматологическом отделении ЦРБ детским врачом-стоматологом и

зубными врачами. Учащиеся с. Кашина получают помощь в стоматологическом отделении ЦРБ г. Сысерти. Анкетирование детей проводилось путем использования анкеты, входящей в государственную программу развития здравоохранения РФ 2015–2020 гг. в раздел «Первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения РФ», которая позволила выяснить уровень знаний школьников по вопросам ухода за полостью рта и их отношение к внешнему виду своих зубов; оценить сбалансированность режима питания школьников и оценить роль врача-стоматолога в поддержании стоматологического здоровья детей. В данной анкете были представлены девять вариантов ответов на поставленные вопросы.

Для оценки уровня осведомленности в вопросах ухода за полостью рта и информированности в отношении кариеспрофилактического режима питания в анкетировании приняли участие 169 школьников в возрасте 11–12 лет.

Анкетирование было проведено во время классных часов в школах. Учащимся были предоставлены анкеты для самостоятельного заполнения. Полученные данные обработаны с использованием статистического анализа. Все анкеты прошли специальное организованное наблюдение. Графики составлены по формуле линейчатой гистограммы. Для расчета достоверности данных исследования использовалась формула Стьюдента. Статистически значимых различий не выявлено.

Результаты и обсуждение

Изучение данных анкетирования школьников позволило установить, что знания и навыки по уходу за полостью рта у опрошенных учащихся находились на разном уровне. На вопрос о частоте чистки зубов были получены следующие результаты. Школьники города Арамилль нерегулярно чистят зубы в 3,77% случаев; один раз в день — 26,42%; два раза в день — 69,81% (рис. 1).

Вопрос: «Как часто вы чистите зубы?». Варианты ответов: 1 — «Никогда»; 2 — «Иногда»; 3 — «Один раз в день»; 4 — «Два и более раз в день».

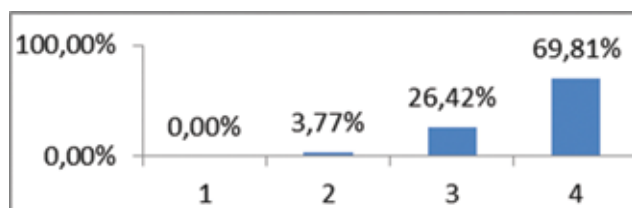


Рис. 1

Анализ анкет школьников города Арти показал, что нерегулярно чистят зубы 21,95% детей; один раз в день — 19,51% и два раза в день —

56,10% опрошенных; 2,44% ответили, что они вообще не чистят зубы (рис. 2).

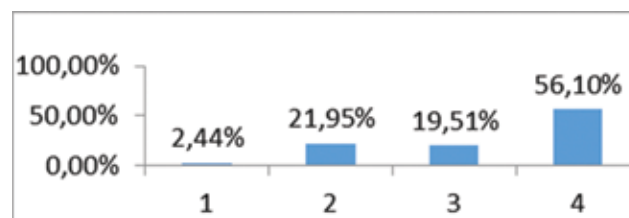


Рис. 2

Учащиеся, проживающие в с. Кашине, нерегулярно чистят зубы в 15,09% случаев; один раз в день — 22,64% и два раза в день — 52,83%. В 9,43% дети ответили, что они вообще не чистят зубы (рис. 3).

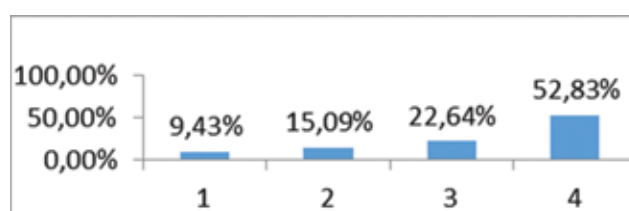


Рис. 3

Таким образом, нами установлено что, в с. Кашине выше процент школьников, которые никогда не чистят зубы, и ниже процент детей, проводящих гигиенические мероприятия два раза в день, чем среди учащихся г. Арамилль, г. Арти.

Анализ анкет показал, что большинство школьников недовольны внешним видом своих зубов. Так, в г. Арамилле (рис. 4) 58,8% школьников выразили недовольство внешним видом своих зубов; в г. Арти — 73,6% (рис. 5), в с. Кашине — 73,6% (рис. 6).

Вопрос: «Довольны ли вы видом своих зубов?». Варианты ответов: 1 — «Нет»; 2 — «Да»; 3 — «Мне все равно»; 9 — «Не знаю».

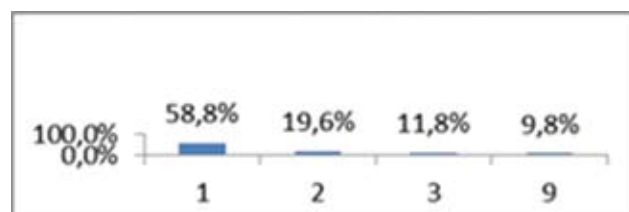


Рис. 4

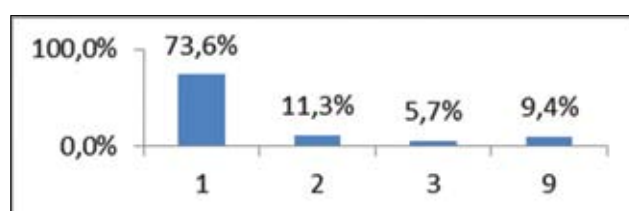


Рис. 5

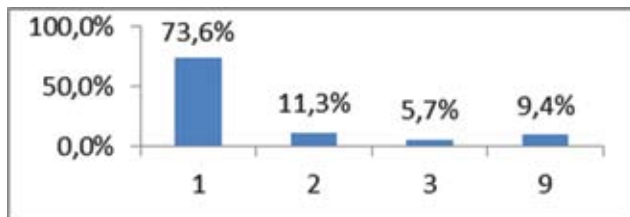


Рис. 6

Основной причиной неудовлетворенности своими зубами являются: аномалии расположения зубов — 62%, кариозные процессы в области центральной группы зубов — 24% и недостаточно белый цвет эмали — 14%.

На вопрос анкеты: «Избегаете ли вы улыбки или смеха из-за внешнего вида своих зубов?» — нами установлено, что 76,5% детей в г. Арамиле избегают улыбки и смеха при общении (рис. 7); в г. Арти — 63,4% (рис. 8) и в с. Кашине 60,4% таких школьников (рис. 9).

Вопрос: «Избегаете ли вы улыбки или смеха из-за внешнего вида своих зубов?». Варианты ответов: 1 — «Нет»; 2 — «Да»; 9 — «Не знаю».

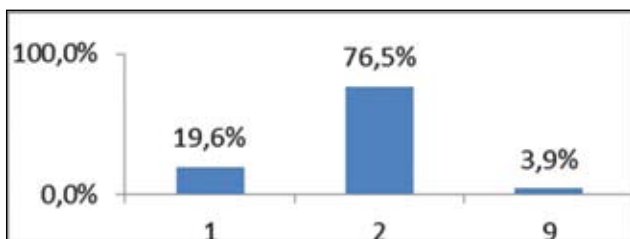


Рис. 7

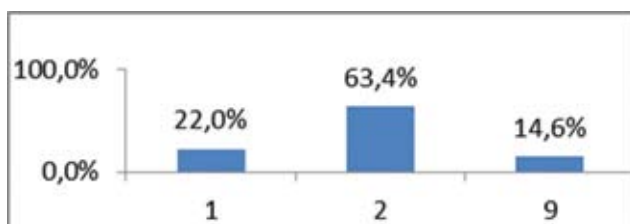


Рис. 8

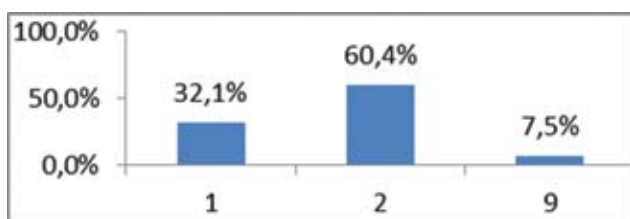


Рис. 9

Оценка внешнего вида зубов каждым ребенком воспринимается сугубо индивидуально и оценивается очень субъективно.

Важным вопросом предложенной школьникам анкеты являлось установление причин обращения к врачу-стоматологу последний раз.

Исходя из результатов анкетирования мы видим, что большинство детей обращаются к врачу-стоматологу по причине уже появившейся зубной боли: 39,6% — в г. Арамиле (рис. 10), 52,8% — в г. Арти (рис. 11) и 53,7% — в с. Кашине (рис. 12).

Вопрос: «По какой причине вы обращались к стоматологу последний раз?». Варианты ответов: 1 — «Стоматолог вызвал на осмотр»; 2 — «Для продолжения лечения»; 4 — «Появилась зубная боль»; 9 — «Не помню».

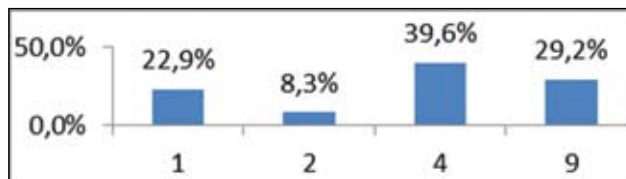


Рис. 10

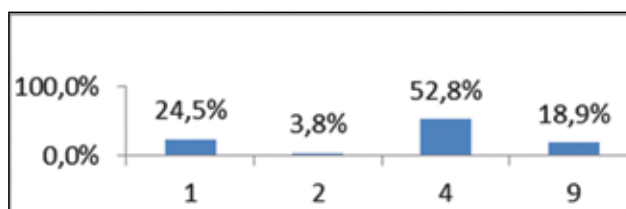


Рис. 11

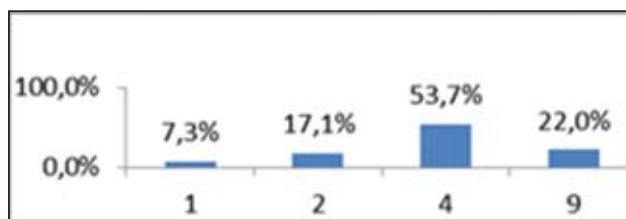


Рис. 12

Плановое обследование и лечение у врача-стоматолога, согласно результатам анкетирования, проходят 22,9% детей в г. Арамиле, 24,5% — в г. Арти и совсем низкий процент такой категории учащихся в с. Кашине — 7,3%.

В ходе анкетирования школьникам было предложено ответить на вопрос: «Как часто вы употребляете кариесогенные продукты (торты, сладкие пироги, булочки)?». Варианты ответов: 1 — «Редко»; 2 — «Каждый день»; 3 — «Несколько раз в день». Результаты анализа анкетирования показали, что школьники употребляют сахаросодержащие продукты (торты, сладкие пироги, булочки) и напитки (лимонад, кока-кола) каждый день в г. Арамиле в 50,9% случаев (рис. 13), в г. Арти — в 41,5% (рис. 14), в с. Кашине — в 26,8% (рис. 15). На дополнительный вопрос о чаепитии каждый второй подросток (49,9% — в г. Арамиле, 51,1% — в г. Арти и 43% — в с. Кашине) сообщил, что пьет чай с добавлением сахара несколько раз в день.

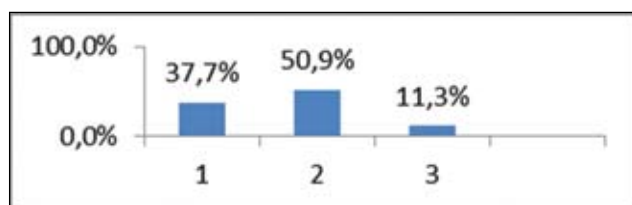


Рис. 13

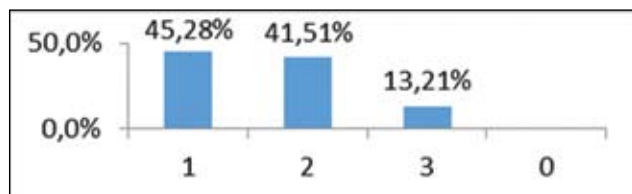


Рис. 14

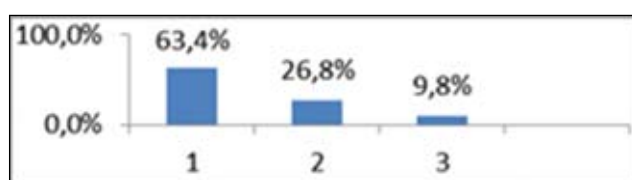


Рис. 15

Таким образом, вопросы культуры сбалансированного питания большинству подростков незнакомы или они их не применяют регулярно в повседневной жизни. Школьники постоянно употребляют легкоусвояемые углеводы в избыточном количестве, что в сочетании с плохой гигиеной полости рта приводит к ухудшению их стоматологического здоровья.

Результаты данного анкетирования выявили низкий уровень стоматологического просвещения в вопросах гигиены и ухода за полостью рта среди школьников и пониженную мотивацию поддержания стоматологического здоровья.

Для повышения низкого уровня знаний по вопросам стоматологического здоровья и ухода за полостью рта у опрошенных школьников необходимо усилить просветительскую работу с привлечением стоматологов, зубных врачей, педагогов и родителей.

Литература

1. Скрипкина Г. И. Диспансеризация как основной клинический подход к профилактике кариеса зубов у детей / Г. И. Скрипкина, А. Ж. Гарифуллина // *Стоматология*. — 2015. — Т. 2. — С. 63–66.
2. Самохина, В. И. Скрининг стоматологических заболеваний у учащихся 5-х классов г. Омска / В. И. Самохина // *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2013. — ??? — С. 50–54.
3. Кузьмина, Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э. М. Кузьмина, И. Н. Кузьмина, Е. С. Петрина и др.; под ред. проф. О. О. Янушевича. — М., 2009. — 236 с.

Адрес для переписки: halilaeva@sosp.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ТЕСТИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ

УДК 378.1:61

О.В. Сапожникова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Альтернативные методы тестирования студентов специальной медицинской группы.

Ключевые слова: тестирование, состояние позвоночного столба, упражнения для укрепления прямой мышцы живота.

THE RELEVANCE OF INDIVIDUALIZATION IN THE CHOICE OF METHODS OF TESTING OF PHYSICAL ABILITIES OF STUDENTS IN SPECIAL MEDICAL GROUPS

O.V. Sapozhnikova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Alternative methods of testing of students of special medical group.

Keywords: testing, vertebral column condition, exercises to strengthen the rectus abdominis muscle.

Введение

В условиях переустройства в сфере высшего образования остро стоит вопрос о здоровье студентов, особенно тех из них, кто по разным причинам имеет отклонения в его состоянии. Физическая культура и здоровый образ жизни должны стать надежной защитой, способной помочь молодым людям адаптироваться к новым условиям жизнедеятельности, противостоять непрерывно ухудшающейся экологической обстановке и воздействию негативного стресса. Это, в свою очередь, актуализирует требование формирования у молодежи ценностных ориентаций и мышления относительно сознательного поддержания и укрепления своего здоровья и физического совершенствования.

Начавшийся процесс пересмотра и ревизии вузовских программ, в том числе и предмета «Физическая культура», в структуре современного высшего образования требует опережающей разработки прогрессивных и методически оправданных концепций, педагогических технологий и овладения ими преподавателями физической культуры. В связи с назревшей необходимостью также должны изменяться и формы тестирования физической подготовленности с учетом состояния здоровья студентов.

В настоящее время преподавателями высших учебных заведений используются различные технологии и методики для воспитания физических качеств студентов, занимающихся в специальных медицинских группах. Высокое мастерство преподавателей позволяет воспитать практически все физические качества студентов по мере их генетической предрасположенности. Однако, в связи с теми или иными заболеваниями у студентов, возможность развить и определить их физическую подготовленность представляется весьма ограниченной. Программа [3], утвержденная Министерством по образованию, предлагает кафедрам, занимающимся с такими студентами, самостоятельно разрабатывать способы тестирования на выявление их физической подготовленности. Таким образом, преподаватели пытаются приспособить имеющиеся методы и средства тестирования под данный контингент с учетом тех ограничений, которые рекомендуются медицинскими работниками.

Известные методы тестирования силы мышц и силовой выносливости предполагают использование прыжков в высоту для выявления силы четырехглавой и двуглавой мышц бедер либо прыжков в длину. Но медики настоятельно рекомендуют многим студентам, имеющим забо-

левания опорно-двигательного аппарата, избегать резких прыжковых движений, так как возникает возможность усугубления имеющегося отклонения в позвоночном столбе и суставах.

Следует также отметить нуждающееся в существенных корректировках и повсеместно применяемое упражнение для выявления силы и укрепления прямой мышцы живота, которое пугает катастрофичностью своих последствий при использовании «общепринятой» техники выполнения упражнения. Как известно, от правильной и рациональной техники выполнения каждого упражнения (с точки зрения биомеханики) зависит профилактика травматизма на занятиях, а также значительно увеличивается качество выполняемых упражнений и полученный результат, что в целом существенно улучшает тренировочный процесс.

Предложенные нами методы тестирования силовой выносливости у студентов, обучающихся в специальных медицинских группах, а также использование технически и рационально правильного упражнения для прямой мышцы живота — все это в целом позволит им выступить в качестве здоровьесберегающего фактора для подрастающего поколения.

Способы разрешения проблемы

Наука не стоит на месте, и западные специалисты посредством новейших методов исследования выявляют эффективность тех или иных физических упражнений, применяемых для совершенствования морфофункционального статуса и достижения высокого спортивного результата. Постоянный анализ и суммирование знаний нескольких наук позволяют ученым совершенствовать и «оттачивать» каждое упражнение, что приводит к его рациональному использованию и получению более значимых результатов и в спорте, и в оздоровительной физической культуре.

В России, в образовательных учреждениях на любом уровне, темп совершенствования физического воспитания происходит не так быстро, как хотелось бы. В школах и вузах практически не происходит модернизации тренировочного процесса. «Веками» выполняются одни и те же упражнения без анализа их эффективности и возможного травматизма (ни сиюминутного, но с накопительным эффектом) для подрастающего поколения. Мы рассматривали в нашем исследовании также одно из многих повсеместно выполняемых упражнений для укрепления и тестирования силы прямой мышцы живота, но те негативные последствия, которые оно несет в том виде, в каком

используется в образовательных учреждениях на сегодняшний день, для неокрепших позвоночных столбов подростков и молодежи огромны. От деформации позвоночника в школьном и юношеском возрасте страдает большая часть населения планеты, а преподаватели физической культуры лишь усугубляют имеющиеся отклонения вместо того, чтобы скорректировать их.

Как известно, человеческий организм — саморегулирующаяся система, направленная на восстановление нарушенных функций и поддержание продолжительности жизни, энергия его огромна, а тело — самоисцеляющаяся система [1; 4]. Но сам организм может восстановиться лишь при условии правильной организации режима работы, сна, отдыха, питания и ежедневной физической активности в разумном объеме, а также при правильном соблюдении техники движения в процессе жизнедеятельности.

Известно, что прямая мышца живота и разгибатели мышц спины являются антагонистами и удерживают поясничный отдел позвоночника, который наиболее уязвим при прямохождении. Следовательно, чтобы укрепить поясничный отдел позвоночника, необходимо укреплять прямую мышцу живота в том числе. Рассмотрим простейшее из упражнений, которое в большинстве своем люди делают ежедневно, не задумываясь о том, что «правильное движение лечит, а неправильное калечит» [1; 4]. Огромное большинство занимающихся неправильно выполняют упражнения для прямой мышцы живота, не соблюдая технику движения ее сокращения. Многие выполняют упражнение классическим методом: руки за головой, ноги зафиксированы, выполняют полные подъемы туловища до касания бедер. Делают это упражнение несколько десятков или сотен раз, перенапрягая поясничный отдел позвоночника. Год за годом медики и специалисты в области физической культуры многих стран мира выступали против этого метода выполнения упражнения, но укоренившийся способ до сих пор используется повсеместно в России, особенно в школах и вузах, где модернизация учебного процесса происходит не так быстро, как в коммерческих фитнес-центрах.

Для того чтобы понять ошибку, каждый человек может провести эксперимент: начиная делать упражнение классическим способом, в начале упражнения мы удерживаем спину скругленной, как и положено. По мере нарастания усталости человек начинает компенсировать отсутствие силы в прямой мышце живота приведением в действие подвздошно-поясничной мышцы, которая присоединяется к последним позвонкам поясничного отдела позвоночника и крепится к лобковой кости (она много используется при ходьбе и беге). Вследствие этого поз-

воночник выпрямляется и подвергается серьезному испытанию — межпозвоночные диски буквально истираются действующими силами. Таким образом, возникает такое заболевание, как грыжа межпозвоночных дисков. Осознающие эту опасность ученые многих стран мира в течение нескольких лет настаивают на том, чтобы избежать выполнения упражнения по приведенной выше методике (саму методику необоснованно принято считать эффективной, хотя на деле оказывается, что при выполнении полных подъемов туловища, прямая мышца живота работает только на начальном этапе, затем в работу включаются сгибатели бедер и разгибатели спины). Они рекомендуют выполнять упражнение, плотно прижав поясничный отдел позвоночника к полу, поднимаясь лишь верхней частью лопаток. Обязательно при этом скруглять спину, то есть тянуться плечами к бедрам, не приподнимая поясницу и оберегая шейный отдел позвоночника: держать голову подбородком, направленным вверх. Руки за головой не сцеплять, а держать их согнутыми перед грудью либо лишь поддерживая основание черепа при усталости мышц шеи. Для того чтобы не поднималось внутричерепное давление, необходимо при скручивании делать диафрагмальный выдох.

Для повышения эффективности применения упражнения для прямой мышцы живота важно применять диафрагмальное дыхание. Диафрагма — самая сильная мышца для вдоха, а брюшной пресс — для выдоха. Если эти мышцы функционируют правильно, то при вдохе живот немного выпячивается (диафрагма уплотняется и нажимает на внутренние органы), а при выдохе уменьшается (сокращаются мышцы брюшного пресса, а диафрагма принимает куполообразное положение). Это и есть диафрагмальное дыхание, применять его необходимо во время выполнения любого упражнения. Вдох производится через нос, а выдох через рот — на усилии, т.е. в той фазе движения, которая приводит к максимальному сокращению работающей мышцы. Задерживать дыхание нельзя ни в одной фазе выполнения движения.

Правильное диафрагмальное дыхание имеет ряд преимуществ:

- 1) вентиляция легких, ликвидация возможной кислородной задолженности и оказание помощи в работе сердечно-сосудистой системы;
- 2) совершенствование дыхательного аппарата и поддержание на высоком уровне его работоспособности;
- 3) выработка умения правильно дышать при выполнении силовых упражнений помогает воздействовать массирующе на внутренние органы (пищеварительный тракт, печень и другие).

У студентов, обучающихся в группах СМГ (специальная медицинская группа), был проведен

эксперимент: в первой группе была применена вышеописанная техника для укрепления прямой мышцы живота, а во второй использовалась традиционная методика. Эксперимент длился три месяца. После эксперимента было проведено тестирование студентов, которое показало, что при соблюдении правильной техники выполнения упражнения сила прямой мышцы живота увеличилась более чем в два раза.

Для студентов, обучающихся по программам «Физическая культура» и «Элективные курсы по физической культуре» в группах СМГ, необходимо пересмотреть выполнение нормативов на выявление силы прямой мышцы живота. Ведь молодежь — наше будущее, и нам необходимо вырастить их здоровыми и жизнеспособными, а не испытывать их позвоночник на прочность.

Выводы

1. Анализ состояния рассматриваемой проблемы показал, что известные методы тестирования силовой выносливости у студентов, имеющих

заболевания опорно-двигательного аппарата, не соответствуют рекомендациям врачей.

2. Основываясь на запросах практики, разработан и внедрен метод тестирования для определения силовой выносливости у студентов специальных медицинских групп [5].

3. Сущность разработанного метода заключается в использовании статичных поз для определения силовой выносливости четырех крупных мышечных групп, определить которую помогают таблицы.

4. Исследования показали, что альтернативное тестирование является безопасным и здоровьесберегающим способом выявления силы мышц у студентов, обучающихся в специальной медицинской группе и имеющих заболевания опорно-двигательного аппарата.

5. При использовании рациональной техники выполнения упражнения для прямой мышцы живота в течение трех месяцев сила мышцы увеличилась у студентов экспериментальной группы более чем в два раза по сравнению с контрольной группой.

Литература

1. Бубновский, С. М. Азбука здоровья. Все о позвоночнике и суставах от А до Я / С. М. Бубновский. — М., 2017. — 23 с.
2. Лечебная физическая культура: учебник для студ. высш. учеб. заведений / под ред. С. Н. Попова. — 4-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 416 с.
3. Ситель, А. Б. Соло для позвоночника / А. Б. Ситель. — М.: Метафора, 2011. — 224 с.
4. Сапожникова, О. В. Методы тестирования силовой выносливости у студентов, обучающихся в специальных медицинских группах (учебное пособие) / О. В. Сапожникова. — Екатеринбург: УрФУ, 2012. — 131 с.

Адрес для переписки: Solgao8@mail.ru

ДИСПУТ КАК ФОРМА ИГРОВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА «К БАРЬЕРУ»)

УДК 378.147:61

А.Л. Устинов, Г.Н. Шапошников, И.А. Никитина, А.А. Ятлук

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассматриваются диспут и дискуссионная трибуна как форма мотивации студентов к изучению дисциплин исторического цикла. Представлены результаты анкетирования, проведенного среди участников проекта «К барьеру», реализуемого в УГМУ. Показано отношение студентов к самому проекту, степень их заинтересованности в участии в подобных формах учебной деятельности. Анализ содержит как положительную оценку проекта, так и его критику.

Ключевые слова: проект, «К барьеру», анкетирование, история, студенты.

DEBATE AS A FORM OF GAMING SIMULATION (ON THE EXAMPLE OF PROJECT «TO THE BARRIER»)

A.L. Ustinov, G.N. Shaposhnikov, I.A. Nikitina, A.A. Yatluk

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article considers the debate and discussion platform as a form of motivation of students to study the disciplines of the historical cycle. The results of the survey conducted among the participants of the project «to the barrier» implemented in USMU are presented. The attitude of students to the project itself, the degree of their interest in participation in such forms of educational activity are shown. The analysis contains both a positive assessment of the project and its criticism.

Keywords: Project, battle, polling, history, students.

Введение

В медицинских и фармацевтических ВУЗах изучение гуманитарных дисциплин всегда вызывает определенные трудности. Это связано с низкой мотивацией студентов, малым количеством часов, выделяемых ФГОСом и профессиональным стандартом на изучение данных учебных предметов, а подчас и низким профессиональным уровнем преподавателей. Одной из форм, повышающей мотивацию к изучению дисциплин исторического цикла, является диспут.

Дискуссионные методы — это группа интерактивных методов обучения, поскольку в их основе лежит доминирующая продуктивная деятельность. Данные методы развивают коммуникативные навыки: умение доказывать, апеллировать, выражать свою или групповую точку зрения, слушать оппонентов, формулировать и задавать вопросы, оценивать и критиковать.

В УГМУ одной из форм диспутов стал проект «К барьеру», который реализуется преподавателями кафедры истории, экономики и права.

Цель работы

На примере проекта «К барьеру» обобщить двухлетний опыт организации диспутов как новой формы познавательной деятельности студентов, повышения мотивации к изучению исторических дисциплин. Задачей исследования является выявление отношения студенческого сообщества к данной форме обучения.

Материалы и методы

Основой исследования стал опыт организации студенческих диспутов. Материалами являются результаты анкетирования студентов на предмет их удовлетворенности реализуемым проектом [3]. В опросе приняли участие 216 чел., что составляет более половины участников проекта [4]. Результаты опроса можно считать репрезентативными.

Методологическую базу составили интерактивный метод, а также методы идеографии и индукции. Под интерактивным методом авторы понимают группу приемов проведения дискуссионных трибун. Метод идеографии позволяет обрабатывать анкетные данные, а метод индукции — выводить обобщенные выводы из частных вопросов анкеты.

Результаты и обсуждение

В Федеральном законе РФ «Об образовании в РФ» особое внимание обращено на использование более эффективных методов обучения и реализации образовательных программ университетов. Речь идет о методах, активизирующих обучаемых, побуждающих их к самостоятельной и творческой деятельности.

Экспериментально установлено, что в памяти человека откладывается до 10% того, что он слышит, до 50% того, что он видит, и до 90% того, что он делает [1]. Именно диспуты дают визуализацию исторического материала на основе элементов театрализации и научной дискуссии. Вместе с тем проведение диспутов требует больших интеллектуальных и организаторских усилий от всех участников проекта. Им приходится постоянно принимать нестандартные решения, импровизировать, следить за слаженностью работы команд и ведущих.

Диспут (от лат. *disputo* — рассуждаю, спорю) — публичный спор на политические, научные, литературные и т.п. темы [5]. Диспут является одной из наиболее эффективных форм игрового моделирования, поскольку сочетает в себе черты театрализованного представления, деловой игры и научного спора. В основу любой дискуссии положена проблема, выбор которой определяется актуальностью, злободневностью, с одной стороны, и удобством и уместностью для учебного процесса. Особо подчеркнем, что выбор проблемы преподаватели кафедры всегда оставляют за студентами. Как отмечал Конфуций, «скажи мне — и я забуду; покажи мне — может быть, я запомню; вовлеки меня — и я пойму» [2]. Диспут и создает особую атмосферу вовлеченности большой аудитории в обсуждаемую проблему. Высшим достижением диспута можно считать такие формы работы студентов, которые стимулируют их самостоятельный творческий поиск новых возможностей.

В течение двух последних лет студенты — участники данного проекта — примерили на себя разные роли. В рамках проекта были реализованы четыре большие исторические игры-дуэли:

- «В. И. Ленин vs А. Ф. Керенский»;
- «Н. И. Вавилов vs Т. Д. Лысенко»;
- «Л. Д. Троцкий vs А. В. Колчак»;
- «В. Н. Виноградов vs Л. П. Берия».

От игры к игре популярность проекта, охват студенчества только возрастали. Наибольший ин-

интерес у студентов вызвал диспут «Троцкий vs Колчак», который проходил в ноябре 2017 г. Эта тема была выбрана самими студентами в связи с празднованием 100-летнего юбилея революции 1917 г. Участники диспута продемонстрировали хорошие знания фактуры и реалий событий Гражданской войны, показали значимость исторических лидеров, которые противостояли в дискуссии, пришли к выводу, что в истории Гражданской войны нет положительных и отрицательных героев, но есть две правды. Отрадно, что в ходе диспута были проведены прямые аналогии с современными событиями на Украине. По итогам этого диспута была организована выставка наглядной агитации и плакатов времен Гражданской войны 1918—1921 гг., которая широко используется при изучении истории Отечества на кафедре. Также следует отметить высокий уровень вовлеченности аудитории в игровой процесс: через систему Viber и WhatsApp было организовано online-голосование, определившее победителя каждой схватки. Это позволило зрителям еще больше проникнуться духом игры, почувствовать себя ее активными участниками, заставило их вникать в суть происходящего спора и разбираться в самых сложных вопросах в поисках истины.

Организация и проведение диспута на порядок сложнее, чем ведение дискуссии на обычном

семинаре. Прежде всего, надо тщательно продумать цель и задачи организации данного диспута. По этому вопросу преподаватели постоянно советуются со студентами, предлагая им те или иные темы, и находят компромисс между различными, подчас противоположными мнениями участников проекта.

В ходе диспута на преподавателя ложатся следующие функции:

- 1) подготовить команды выступающих и их оппонентов;
- 2) определить регламент и порядок организации диспута;
- 3) дать оценку содержания и результативности диспута, степени достижения поставленных целей и задач;
- 4) подвести итоги диспута.

Анализ анкетирования показал, что мотивирует учащихся медицинского вуза принимать участие в реализации исторического проекта. Большинство респондентов связывают свое участие с интересом к истории, чуть меньшее количество участников обосновывают это желанием появиться на сцене. Также довольно большое число учащихся видят в проекте возможность самореализации. И только двенадцатая часть интервьюируемых обоснованием участия считают получение диплома НОМУСа (рис. 1).

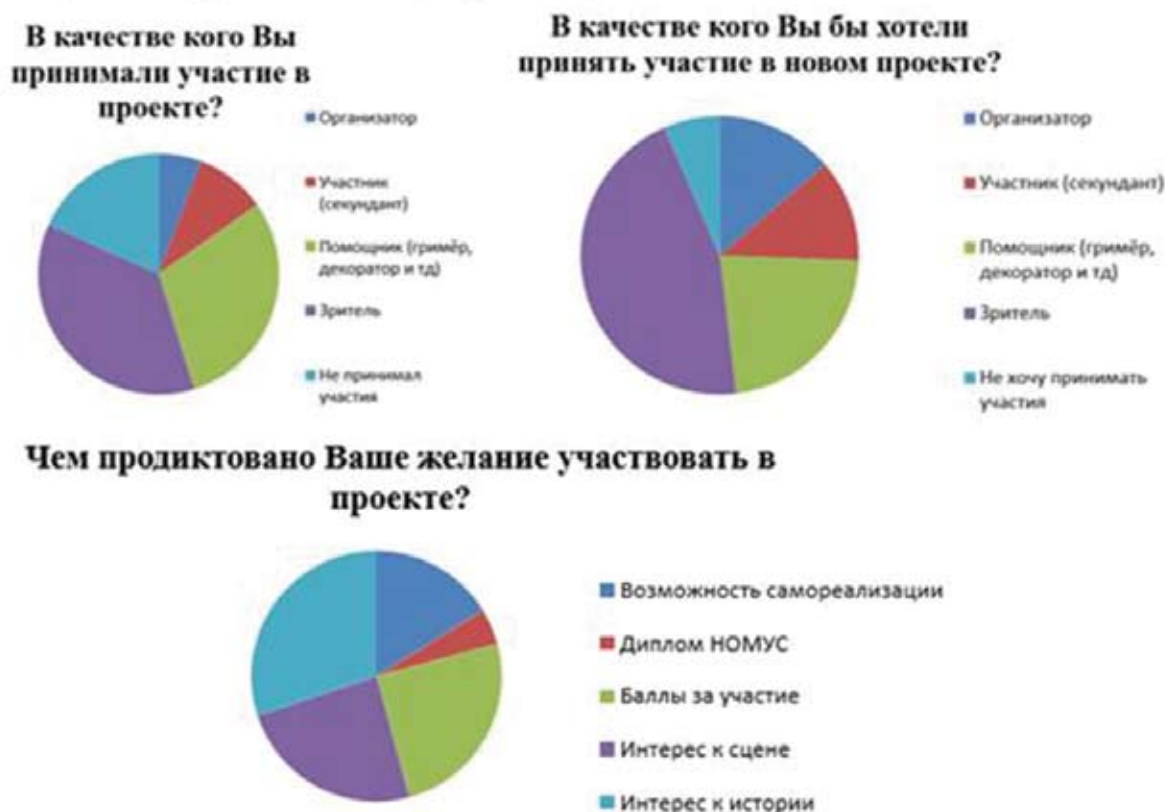


Рис. 1. Роль и мотивация участников проекта «К барьеру» [3]

Большинство опрошиваемых считают, что лучшее в проекте — это «ожившая история», а также интересный и неординарный способ подачи материала. Примерно четверть опрошиваемых отметила хороший подбор актеров и само содержание и основную идею проекта, помощь преподавателей в понимании сложного материала. Седьмая часть опрошиваемых считает, что в проекте минусов нет, отмечая слаженную работу команды организаторов и игру актеров. Однако респонденты указали и на ряд недостатков. Основной проблемой была обозначена сложность попадания на значимую роль, чуть меньшее количество анкетируемых считают, что награда за участие слишком низкая.

Также примерно равному количеству опрошиваемых не нравится сам формат проекта, способ подачи актерами материала и сами исполнители главных ролей (ведущих, дуэлянтов и секундантов). Среди единичных ответов были претензии по поводу духоты и тесноты в помещении, в котором проводилось мероприятие,

а также отдельные претензии к организаторам (рис. 2).

Одним из основных вопросов является вопрос о целесообразности продолжения проекта. Из 216 опрошенных только шесть человек решили, что проект уже изжил себя и реализовывать его больше не стоит. Оставшиеся респонденты уверены, что проект нужен и должен продолжать свое существование, но шестая часть из них предлагают внести различные изменения в формат проведения мероприятия. Каким же хотят видеть проект участники и зрители в будущем? Большая часть опрошиваемых желает увидеть историческую театральную постановку. Четверть анкетируемых считает, что наилучшим развитием проекта станет его трансформация в «суд истории». Примерно такое же количество респондентов вообще не видят необходимости менять действующий формат проекта, предлагая сохранить словесную дуэль. Седьмая часть опрошиваемых предложила форму открытого диалога для увеличения количества задействованных людей в мероприятии (рис. 2).



Рис. 2. Критика и оценка перспектив развития проекта «К барьеру» участниками [3]

Выводы

Анализ результатов опроса, следует:

1. Основную задачу проект выполнил, интерес студентов к истории и уровень их мотивации существенно вырос. Все больше студентов желают сами принимать в нем участие в самых разных ролях.
2. Вместе с тем нельзя также оставлять без внимания мнения опрашиваемых относительно

формата игры, многие обозначили какие-либо изменения, которые должны произойти с проектом в будущем.

3. Проект «К барьеру», с точки зрения большинства респондентов, имеет потенциал развития в будущем, и студенты готовы его поддерживать и продолжать, в том числе передавая опыт новым первокурсникам.

Литература

1. Дискуссионные методы обучения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://infourok.ru/aktivnie-metodi-obucheniya-diskussiya-1526333.html> (дата обращения: 16.04.2018 г.).
2. Конфуций. Дневник: бессмертные высказывания [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.liveinternet.ru/users/bestquotes/post333968844/> (дата обращения: 17.04.2018 г.).
3. Опрос к ролевой игре «К барьеру» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeC25aQQ7USGFMC6t2oNTh_sLUfvuhu7L5EXi3olrdrGG495Q/viewform (дата обращения: 04.03.2018 г.).
4. Официальная группа «К барьеру» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vk.com/club130288013> (дата обращения: 04.03.2018 г.).
5. Политическая наука: словарь-справочник [Электронный ресурс] / авт.-сост. И. И. Санжаревский. — изд. 6-е, испр. и доп. — Тамбов, 2016. Режим доступа: <http://glos.virmk.ru/> (дата обращения: 18.04.2018 г.).

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОДАТЕЛЕЙ ВЫПУСКНИКАМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА УГМУ

УДК 378.1:614.2

М.М. Хабибулина, С.А. Чернядьев, А.В. Гетманова, М.А. Уфимцева, А.А. Ушаков

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена анализу результатов мониторинга удовлетворенности работодателей качеством подготовки выпускников лечебно-профилактического факультета УГМУ. Приводятся результаты изучения мнения руководителей лечебно-профилактических учреждений в отношении уровня теоретической и практической подготовки выпускников, начавших самостоятельную трудовую деятельность.

Ключевые слова: работодатели, система менеджмента качества.

ASSESSMENT OF EMPLOYERS 'SATISFACTION WITH GRADUATES OF MEDICAL AND PREVENTIVE FACULTY OF USMU

M.M. Khabibulina, S.A. Chernyadyev, A.V. Getmanova, M.A. Ufimtseva, A.A. Ushakov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the analysis of monitoring of the employers views about the quality of medical and preventive faculty USMU graduates training. We presents the results of the survey of medical institutions heads about satisfaction with the level of practical training of graduates.

Keywords: employers, quality management system.

В настоящее время в Российской Федерации формируется новая государственная политика в области охраны здоровья населения, направленная на повышение ответственности государства за охрану здоровья граждан, развитие Национальной системы общественного здравоохранения [1]. Министр здравоохранения РФ Скворцова В.И. на Первом национальном съезде врачей сформулировала основные задачи в сфере медицинского

образования: повышение профессионального уровня выпускников медицинских вузов в соответствии с требованиями федеральных государственных образовательных стандартов, общества и работодателей.

С целью постоянного развития системы менеджмента качества лечебно-профилактического факультета регулярно осуществляется мониторинг удовлетворенности работодателей качеством теоре-

тической и практической подготовки выпускников лечебно-профилактического факультета (ЛПФ).

Проведен сравнительный анализ мнений руководителей медицинских организаций о соответствии профессиональной подготовленности выпускников лечебно-профилактического факультета УГМУ (выпуск 2016—2017 гг.) требованиям системы здравоохранения. В ходе исследования решались задачи укрепления корпоративных связей с работодателями в ходе реализации обратной связи и выявления путей повышения конкурентоспособности выпускников вуза.

В исследовании приняли участие работодатели выпускников лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (2017 г. — 78 анкет). Большинство респондентов (свыше 64%) — представители Свердловской области, остальные — из Екатеринбурга.

В анкетировании участвовали: главные врачи ЛПУ (22%); заместители главных врачей (25%); свыше 44% респондентов — заведующие отделениями ЛПУ. Свидетельством объективности оценивания выпускников университета является статус респондентов: 55% респондентов — руководители со стажем управленческой работы свыше 10 лет; 20% — молодые руководители со стажем менее 5 лет; остальная часть респондентов имеет стаж руководящей работы от 5 до 10 лет.

Получены результаты экспертной оценки работодателей:

- высокий уровень подготовки и развития профессиональных навыков отметили 27% респондентов (рост показателя на 10% по сравнению с 2015—2016 учебным годом);

- базовый уровень, т.е. необходимый, достаточный для эффективной работы специалиста уровень подготовки отметили половина респондентов (53%);

- недостаточный уровень, при котором работник проявляет необходимые навыки, понимает их необходимость, но у него это не всегда получается, — 23% (отмечается снижение показателя по сравнению с 2015—2016 учебным годом).

В итоге более 80% респондентов оценили наших выпускников как специалистов, соответствующих ожиданиям работодателей, что является удовлетворительным результатом. Перед профессорско-преподавательским составом УГМУ и студентами стоит задача поиска возможностей для дальнейших улучшений.

В центре внимания сегодня находятся и этические аспекты воспитания таких личнос-

тных качеств выпускников ЛПФ как внимательное отношение к организации, в которой начинается профессиональная жизнь. В нашем исследовании респондентами оценивалось поведение молодого специалиста — выпускника ЛПФ УГМУ по отношению к работе. Так, 50,7% ответили: «Связывает свои профессиональные интересы с долговременной работой в компании, в своей работе реализует интересы компании»; 20,5%: «Выполняет только свои должностные обязанности, отказывается работать сверхурочно и выполнять дополнительные поручения»; 12,3%: «Готов жертвовать своими личными интересами для блага компании, при необходимости задерживается после работы, с энтузиазмом выполняет дополнительные обязанности»; 16,4%: «Является примером приверженности интересам компании, добросовестно выполняет свои обязанности». Таким образом, более 80% респондентов положительно отзывались о лояльности выпускников ЛПФ по отношению к своей организации.

На вопрос об уровне профессионализма молодых специалистов — выпускников ЛПФ в 56,3% были получены ответы: «В основном справляется с типичными профессиональными задачами»; в 40,6%: «Самостоятельно справляется с большинством профессиональных задач»; в 3,1%: «Является специалистом высокого уровня в своей профессиональной области».

Отмечено стремление молодого врача — выпускника ЛПФ к профессиональному росту. Так, 74%: «Принимают участие в научных конференциях»; 53,5%: «Посещают мастер-классы»; 4,2%: «Занимаются исследовательской и научной работой».

При обсуждении вопроса о перспективах развития сотрудничества работодателей с вузом и заинтересованности в выпускниках ЛПФ УГМУ дали положительный ответ более 95% респондентов: 57% — в узких специалистах, 43% — в специалистах широкого профиля. Более 90% работодателей рекомендовали бы сотрудничество с УГМУ другим работодателям.

В результате проведенного анализа данного исследования были выделены факторы, влияющие на предоставление гарантии качества подготовки выпускников ЛПФ УГМУ: обеспечение образовательного процесса, внедрение научных открытий в процесс обучения и воспитания студентов ЛПФ, активизация самостоятельной работы обучающихся.

Литература

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>.

ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОВЕДЕНИИ ДНЯ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА УГМУ

УДК 004:61

М.М. Хабибулина, С.А. Чернядьев, М.А. Уфимцева, А.В. Гетманова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Представлены результаты применения телекоммуникационных технологий в проведении дня открытых дверей лечебно-профилактического факультета (ЛПФ) Уральского государственного медицинского университета. Показано, что внедрение современного демонстрационного оборудования FLIPBOX (интерактивный дисплей) для проведения веб-конференций позволило расширить географию дистанционной связи с абитуриентами, желающими поступать в УГМУ на ЛПФ.

Ключевые слова: деканат ЛПФ, абитуриенты, приемная комиссия УГМУ, веб-конференция.

THE RESULTS OF TELECOMMUNICATION TECHNOLOGIES IN CASE OF PROMOTING THE «OPEN DOOR DAY» OF THE MEDICAL-PREVENTIVE FACULTY OF USMU

M.M. Khabibulina, S.A. Chernyadyev, M.A. Ufimtseva, A.V. Getmanova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The results of telecommunication technologies integration in case of conduct an open day of the medical-preventive faculty (MPF) of the Ural State Medical University are presented. It is shown that the integration of modern demonstration equipment FLIPBOX (interactive display) for web conferencing has allowed to expand the geography of distance communication with applicants wishing to enter USMU at the MPF.

Keywords: medical-preventive faculty's office, matriculants, admission board, web conference.

Введение

В настоящее время возрастают потребности общества в ускорении темпов своевременного получения качественной информации. В том числе это важно и для подготовки абитуриентов к поступлению в ВУЗы, чтобы правильно выбрать дальнейшую профессию, свою судьбу. Для этого деканатом ЛПФ ежегодно проводятся циклы вебинаров, на которых профессора УГМУ, заведующие кафедрами (факультетской терапии, госпитальной терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, травматологии и т.д.) рассказывают о своей работе абитуриентам России и иностранным гражданам. Все это возможно благодаря использованию новейших технологий, включающих компьютерные, телекоммуникационные и др.

Цель

Определить эффективность телекоммуникационных технологий в проведении дня открытых дверей для абитуриентов лечебно-профилактического факультета УГМУ.

Результаты и обсуждение

Уральский государственный медицинский университет является одним из крупнейших медицинских вузов региона. Лечебно-профилактический факультет — один из старейших факультетов УГМУ. В его состав входит 22 кафедры. Студенты обучаются специальности «Лечебное дело».

Обучение по данной специальности в течение 6 лет позволяет получить квалификацию «Врач-лечебник», что дает возможность работать в практическом здравоохранении в поликлинике. При дальнейшем обучении в ординатуре можно приобрести различные специальности: хирургия, акушерство и гинекология, терапия, кардиология, эндокринология, онкология, нейрохирургия, неврология, офтальмология, психиатрия, наркология, судебная медицина, косметология и т.д.

На факультете обучается более 2000 студентов, среди них есть стипендиаты Президента РФ, Правительства РФ, Губернатора СО. Работают более 200 преподавателей; более 90% профессорско-преподавательского состава имеют ученые степени и звания кандидатов, докторов наук, доцентов, профессоров.

Деканатом в течение многих лет проводятся дни открытых дверей для абитуриентов. Остановимся более подробно на вопросе применения телекоммуникаций, используемых при общении с абитуриентами ЛПФ УГМУ.

С 2010 года данное обучение стало возможным в Уральском государственном медицинском университете. Внедрение в 2015 году современного демонстрационного оборудования FLIPBOX (интерактивный дисплей) открыло новые возможности для проведения веб-конференций и позволило расширить географию дистанционной связи (Свердловская, Челябинская, Тюменская,

Курганская, Оренбургская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, Республика Удмуртия, Башкирия, Казахстан, Таджикистан, Армения и др.).

В последние годы на данное мероприятие ЛПФ приходили около 300 человек, и столько же могли получить информацию онлайн в разных областях России и за границей.

Благодаря современным информационным технологиям проведенный вебинар абитуриенты и их родители могут просмотреть в удобное для себя время без каких-либо материальных затрат на оплату проезда, проживания и т.д.

Оценка удовлетворенности потребителей является одним из требований системы менеджмента качества в любой организации, в том числе в Уральском государственном медицинском университете.

Был проведен опрос 57 студентов 1—2 курсов ЛПФ, которые дистанционно присутствовали на дне открытых дверей ЛПФ в предыдущие годы

с целью выявить их удовлетворенность по следующим параметрам: смогли ли заинтересовать выступления наших преподавателей по разным дисциплинам, получение информации об атмосфере в процессе обучения в УГМУ в целом.

Все опрошенные дали положительные отзывы о качестве данного вида получения информации, что позволяет значительно активизировать численность и потенциал абитуриентов, вовлекая их в новые формы работы, которые они в дальнейшем успешно реализуют в своей студенческой деятельности.

Деканат ЛПФ планирует и в будущем использовать телекоммуникационные технологии для общения с абитуриентами. Очевидно, что организация и проведение веб-конференций может реально способствовать формированию познавательной активности, вхождению абитуриента в студенчество, что в целом повысит конкурентоспособность обучающихся по разным дисциплинам.

ФОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕСТОВЫХ КОНТРОЛЕЙ КАК ОСНОВА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КАФЕДРЫ

УДК 378.1:61

Е.А. Шорикова, О.В. Костромина, Д.А. Проценко, О.И. Кабонина, В.М. Петров

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Формализованная модель тестовых контролей позволит определить качество усвоения биологических закономерностей, корректировать учебный процесс и повысить эффективность обучения студентов.

Ключевые слова: формализованная модель, тестовая система.

FORMALIZATION TEST KONTROLYA AS BASIS OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF DEPARTMENT

E.A. Shorikova, O.V. Kostromina, D.A. Proshenko, O.I. Kabonina, V.M. Petrov

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The formalized model of test checks will allow to define quality of assimilation of biological regularities, to correct educational process and to increase learning efficiency of students.

Keywords: the formalized model, test system.

Применение тестовой формы контроля прочно вошло в процесс обучения как школьников, так и студентов высших учебных заведений. Тестовые контроли используются для оценки качества преподавания и уровня развития компетенций в различных областях знаний. Эта форма, как считает Беспалько В. П., является оптимальным современным средством стимуляции познавательного интереса школьников и студентов к своей будущей специальности [1]. Сегодняшняя система тестов не является объективной оценкой качест-

ва образования, т.к. не обеспечивает определения функциональной грамотности и способности к решению нового, неизвестного типа задач. Для того чтобы была решена данная проблема, необходимо формализовать систему тестовых контролей по изучаемому предмету [2]. Это позволит получить качественный образовательный продукт. Под образовательным продуктом мы понимаем знания и навыки по предмету, являющиеся специфическим товаром, который обладает спросом на рынке образовательных услуг.

Для получения качественного образовательного продукта необходимы три составляющие:

- без качественных составляющих продукта невозможно получить хороший результат, поэтому нужен входной контроль имеющихся знаний и навыков по предметному курсу «Паразитология»;
- на каждом этапе образовательного процесса необходимо выяснять отклонения от стандарта и предложить коррекционные педагогические методики, позволяющие улучшить результат обучения: без этого этапа будет происходить не просто суммарное, а производное накопление ошибок;
- если хотя бы на одном из этапов образовательного процесса произойдет нарушение, это создаст образовательный продукт крайне низкого качества (студент не сдаст экзамен).

Гипотеза

Системный формализованный подход к тестовым заданиям позволяет улучшить качество обучения.

Цель исследования

Создание формализованной модели тестовых контролей на примере предметного курса «Паразитология».

Задачи

1. Выбрать параметры формализации обучения, позволяющие определить качество усвоения биологических закономерностей по паразитологии.
2. Проверить эффективность этих параметров для выявления недостатков обучения студентов по предметной области «Паразитология» и пробелов в освоении материала.
3. Создать формализованную модель корректировки учебного процесса.

Материалы и методы

По наработанному ранее материалу и педагогическому опыту были выбраны параметры формализации и создана модель тестовых контролей, позволяющая оценить конечный результат освоения тем модуля: «биология паразита». Оценка результативности модели была произведена среди студентов лечебно-профилактического факультета 1 курса ФГБОУ ВО УГМУ.

Были выделены две группы испытуемых: первая группа включала в себя 3 студенческие группы лечебно-профилактического факультета, в которых проводилась апробация формализованной модели тестовых контролей, вторая группа (контрольная) тестировалась по стандартным, не систематизированным заданиям, без дальнейшей корректировки учебного материала.

Формализация тестовых контролей проводилась по следующим параметрам:

1. Все тестовые контроли включали в себя постоянное количество вопросов, четко соответствующих составляющим модуля изучения биологии паразита. Эти составляющие совпадали с разделами занятия, выделенными в рабочей тетради. Таким образом, создавалась возможность визуальной стандартизации учебного материала.
2. Алгоритм текущих тестовых контролей четко продуман и соответствует формулировкам рубежных и итоговых контролей. Эти вопросы прописаны в рабочей тетради и обсуждены на кафедральных заседаниях. Таким образом, создавалась возможность вербальной стандартизации изложения учебного материала.

Предложенная модель включает в себя:

- 1) предварительную диагностику уровня самостоятельного освоения учебного материала по модулю;
- 2) организацию деятельности по освоению и закреплению учебного материала (корректировка самостоятельного освоения учебного модуля);
- 3) контроль качества усвоения учебного модуля;
- 4) оценку результативности проделанной работы.



Рис. 1. Схема составляющих модуля знаний «биология паразита»

Составляющие модуля знаний («биология паразита») включают в себя следующие разделы: систематическое положение паразита, его морфология, жизненный цикл, клиническая картина вызываемого им заболевания и методы лабораторной диагностики (рис. 1).

Система тестовых контролей, разработанная на кафедре включает в себя:

1. Входной контроль, позволяющий выявить первичный уровень знаний и компетенций (т. е. предварительных составляющих образовательного продукта).
2. Текущий тестовый контроль, целью которого является проверка формального усвоения са-

мостоятельно изученного учебного материала. Он проводится в начале каждого занятия и позволяет не только проверить качество усвоенного материала, но и скорректировать пробелы в знаниях во время занятия. Этот контроль стимулирует студентов к регулярной самостоятельной подготовке и исключает субъективное мнение преподавателя об уровне знаний студента.

3. Рубежный тестовый контроль требует от студентов системных знаний биологии паразитических организмов и их медицинского значения, создает фундамент для дальнейшего изучения клинических дисциплин. Его результат отражает качество созданной модели корректировки учебного процесса.

4. Итоговый тестовый контроль позволяет диагностировать не только уровень знаний, но и глубину, и системность усвоения понятий. Проводится он в конце курса паразитологии и является важным звеном для подведения итогов на курсовом экзамене.

Анализ результативности тестовых контролей проводится по схеме (рис. 2).



Рис. 2. Схема анализа результативности проведения тестовых контролей

Диагностика и контроль результатов обучения позволяют сделать выводы об имеющихся пробелах в знаниях обучающихся. Определение причины отставания предполагает дальнейшую работу по их ликвидации педагогическими методиками организации деятельности студентов группы.

Путем анализа применения формализованной модели тестовых контролей было выяс-

нено, что наиболее проблемными вопросами при изучении материала становятся вопросы систематики, жизненного цикла паразита (рис. 3).

Корректировка данных пробелов знаний достигается на практических занятиях с использованием устойчивых способов организации учебного процесса (форм обучения): объяснительно-иллюстративного способа, беседы, самостоятельной работы с методическим материалом, дидактической игры, демонстрации.

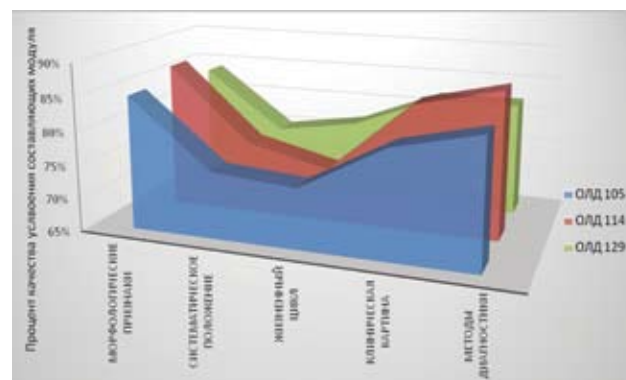


Рис. 3. Результаты текущих тестовых контролей

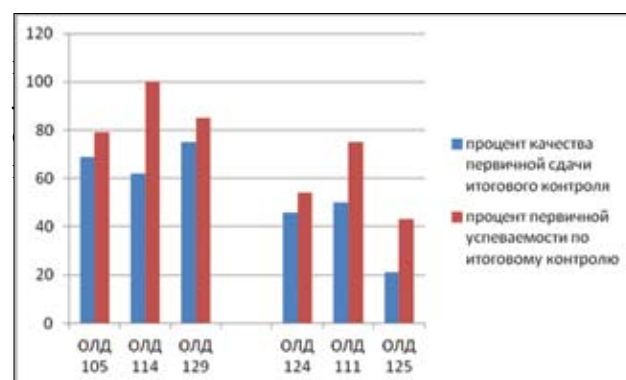


Рис. 4. Результаты сдачи итоговых контролей в двух группах испытуемых

Оценка результатов работы модели показала (рис. 4.), что качество усвоения материала в группах ОЛД 105, 114, 129, где проводилось формализованное тестирование с последующей корректировкой пробелов в знаниях, выше (качество обучения 69%), чем в контрольных группах ОЛД 124, 111, 125 (качество обучения 39%), где проводились стандартные (неформализованные) тесты без корректировки.

Соотношение форм обучения для корректировки пробелов в усвоении учебного материала (выделены применяемые формы)

Формы обучения	Составляющие модуля «биология паразита»				
	Морфо-логические признаки	Систематическое положение	Жизненный цикл	Клиническая картина	Методы диагностики
Беседа					
Объяснение					
Дискуссия					
Самостоятельная работа (метод. пособие)					
Лабораторная работа					
Дидактическая игра					
Иллюстрация (рисунки)					
Демонстрация (учебные фильмы)					

Выводы

Формализованная модель корректировки учебного процесса на кафедре биологии УГМУ позволила определить качество усвоения биологических закономерностей в предметном разделе

«Паразитология» у студентов 1 курса. Выбранные параметры стандартизации модели позволяют проверить эффективность обучения студентов и скорректировать эти результаты в ходе педагогического процесса.

Литература

1. Беспалько, В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. — М., 1989.
2. Запрудский, Н. И. Современные школьные технологии / Н. И. Запрудский. — Мн.: Сэр-Вит, 2004.
3. Селевко, Г. К. Современные образовательные технологии / Г. К. Селевко. — М.: Народное образование, 1998.
4. Хуторской, А. В. Современная дидактика / А. В. Хуторской. — СПб.: Питер, 2001.

