

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

**Материалы VII Международной
научно-практической конференции**
(Гомель, 25–26 октября 2018 года)

Выпуск 7

Гомель
ГомГМУ
2018

УДК 614.2

Материалы конференции включают результаты анализа проблем и перспектив европейской интеграции в области общественного здравоохранения, инновационные информационно-коммуникативные технологии в продвижении здоровья, персонализированные подходы к профилактике социально-значимых неинфекционных заболеваний, а также актуальные направления организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения.

Редакционный совет: *А. Н. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П; *Е. В. Воропаев* — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет» *В. С. Глушанко*, доктор медицинских наук, доцент, директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» *А. В. Рожко*

Современные подходы к продвижению здоровья: сборник материалов VII Международной научно-практической конференции, 25–26 окт. 2018 г., Гомель / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 1,2 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-588-094-4

УДК 616.89:616-084]:572.5

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ — ВЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ*Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Как показывают исследования, в последние десятилетия отмечается рост показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами. Эксперты оценивают потребность населения России в психологической и психотерапевтической помощи в пределах от 40 до 76 %. При этом нельзя не учитывать и трагических последствий не оказания или несвоевременного оказания данного вида помощи населению. К ним в первую очередь относятся алкоголизм, наркомания, а также другие формы саморазрушающего поведения [1].

В условиях хронического социально-психологического стресса, который переживают граждане Российской Федерации и Республики Беларусь, любое соматическое заболевание может стать для них серьезным психотравмирующим фактором, вызывающим целый комплекс психопатологических реакций, которые, в свою очередь, способны приводить к ухудшению соматического состояния пациента. При наличии же психических расстройств и акцентуаций характера положение осложняется многократно, поскольку такие пациенты склонны к быстрому формированию развернутых нозогений, фиксируются на своих недомоганиях, ипохондризируются и становятся настоящей «головной болью» для врачей [1].

Три четверти пациентов с психическими расстройствами разного уровня не попадают в поле зрения психиатров и психотерапевтов. От 30 до 50 % лиц, обращающихся в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, а у 25 % пациентов с соматическим страданием значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства. Указанные данные не учитывают пациентов с психосоматическими и соматогенными психическими расстройствами. До 70 % находящихся в стационарах больных нуждаются либо в консультации, либо в лечении психиатра или психотерапевта [1].

Соматоформные расстройства со времени выделения W. Cullen в 1776 г. неврозом описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. В МКБ-10 они отнесены к классу соматоформных расстройств (СФР). Главной их чертой является повторяющееся предъявление соматических жалоб вопреки многократному получению доказательств и заверениям врачей об отсутствии соматических оснований для их предъявления. При этом часто наблюдается ориентированное на поиск внимания поведение [2].

Редко кто среди людей без медицинского образования четко понимают, что их состояние характеризуется как психосоматическое. Часто к психосоматике относятся несерьезно, даже считают ее симуляцией. В то же время соматизированные симптомы выявляются у 10–80 % физически здоровых лиц, вызывая у них некоторое беспокойство и тревожность в отношении собственного здоровья. 40 % случаев нетрудоспособности составляют пациенты с субъективными жалобами на здоровье, которые не подтверждаются объективными методами обследования [3].

Распространенность СФР в популяции колеблется от 0,8 до 6 %. Риск заболевания в течение жизни достигает 20 %. По данным зарубежных исследователей, частота СФР среди пациентов первичной медицинской сети составляет 15–40 % [3].

Основное этиологическое значение в развитии СФР имеют три группы факторов:

- наследственно-конституциональные: конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности;

- психоэмоциональные или психогенные факторы: острые и хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость, и в силу этого играющие роль психогении;

- органические факторы: различного рода преморбидные органические факторы (травматические, инфекционно-токсические, гипоксические и др.). Скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего, лимбико-ретикулярного комплекса [3].

Своевременное выявление и адекватная диагностика СФР имеют решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания.

Ментальность — способ видения мира, сформированный в процессе воспитания, образования и обретения жизненного опыта в конкретной культурной среде. Ментальное здоровье по определению ВОЗ (2001) — психическое благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества [3].

В современной динамично меняющейся культуре трудно даже определить понятие психической нормы. В государственной психиатрии нормальность связывается в основном с критериями социальной адаптации, в коммерческой — центральный критерий — жалобы пациента, в научной — критерии приближаются к статистическим.

В культуре утрачены почти все дискурсы недовольства собой, за исключением психиатрического. Современный человек, как правило, не задумывается ни об испытаниях, ни о покаянии, ни о перенесении, ни о терпении как о добродетели. Ему более близко понятие «депрессия». В итоге зачастую больными их делают собственные усилия. Насколько далеко заходит нереальность жизненных требований, настолько же заходит и релятивность представлений о норме.

Психотерапевтическое сопровождение необходимо в лечении любого заболевания. В дополнение к лекарствам важно и установление доверительных, эмпатических отношений с пациентом, чтобы он всегда мог обратиться к своему психотерапевту или психологу. Это позволяет помогать пациенту в трудную минуту, осуществлять профилактику каких-либо эксцессов в его жизни.

«Лучше всего слушать, сочувствовать, выжидать» (И. Ялом). Вопрос о смысле жизни, как учил Будда, не решается наставлением. Необходимо погрузиться в реку жизни и позволить этому вопросу уплыть прочь.

Принятие ответственности — существенный первый шаг в терапии. Как только человек распознает свою роль в создании собственного жизненного положения, он также осознает, что он — и только он — обладает способностью изменить эту ситуацию. Надо призвать людей спроецировать самих себя в будущее и подумать, как они могут жить сейчас, чтобы спустя пять лет оглянуться на этот прожитый отрезок времени без новой волны сожалений [4].

Психотерапия лучше всего работает, если носит системный характер. Несоблюдение только одного принципа психотерапии — непрерывности психотерапевтического процесса статистически и клинически значимо снижает эффективность всей психотерапии ($p < 0,05$). Психотерапию можно считать чередующейся последовательностью аффективного выражения и когнитивного анализа. Необходимо разрабатывать новую терапию для каждого пациента. Психотерапия — это не замена жизни, а ее генеральная репетиция. Когнитивных и даже поведенческих изменений в психотерапевтической ситуации недостаточно: пациенты должны по-новому прочувствовать свое состояние и переносить возникшие изменения в жизнь [5].

Представляется целесообразным интеграция системы психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические структуры, открытие психосоматических отделений в многопрофильных больницах, организационное оформление мультидисциплинарной службы ментального здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курпатов, А. В. Пространство психосоматики: пособие для врачей общей практики / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2006. — 192 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
3. Сидоров, П. И. Синергетическая парадигма социальной эпидемии соматоформных расстройств / П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25, Вып. 3. — С. 32–42.
4. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом; пер. с англ. Э. И. Мельник. — М.: Эксмо, 2015. — 352 с.
5. Сквиря, И. М. Взаимосвязь длительности и качества ремиссии при алкогольной зависимости с принципом непрерывности психотерапии / И. М. Сквиря // Современные проблемы клиники, лечения и реабилитации состояний зависимости от психоактивных веществ: матер. Украинской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. Ю. Ф. Чуева. — Харьков: Коллегиум, 2008. — С. 160–167.

УДК 616.1/4:378.147.091.33-027.22

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»***Бакалец Н. Ф., Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.***Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Здоровье населения рассматривается как одно из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь. Важнейшей целью государства в области охраны здоровья является снижение уровня заболеваемости.

Система здравоохранения Республики Беларусь непрерывно совершенствуется в направлении достижения высшего уровня здоровья всего населения, обеспечения доступности и качества медицинской помощи на основе соблюдения правил социальной справедливости и равенства. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области здравоохранения является развитие первичной медицинской помощи (ПМП), в частности, по принципу врача общей практики (ВОП).

К настоящему времени эта модель организации ПМП в Республике Беларусь уже доказала свою состоятельность. Проведенный в 2008 г. анализ организации ПМП по принципу ВОП показал высокую экономическую эффективность и повышение доступности медицинской помощи сельскому населению.

Внедрение института ВОП в Республике Беларусь началось в 1992 г. в рамках реформирования и совершенствования ПМП. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 98 от 25.05.1992 г. «О подготовке к использованию в республике врачей общей практики» в номенклатуру врачебных специальностей была введена новая для здравоохранения страны специальность — «врач общей практики» [1].

В 1998 г. на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) организован курс общей практики, преобразованный в 1999 г. в кафедру общей практики (с 2003 г. — кафедра общей врачебной практики).

Отличие семейного врача/ВОП от специалиста-консультанта, участкового терапевта или врача, работающего в условиях стационара, четко прослеживается в определении, предложенном Британским Королевским колледжем врачей общей практики, опубликованном в 1972 г.: «Врач общей практики оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях — в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он ставит диагноз с учетом физических, психологических и социальных

аспектов. Его вмешательства имеют образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность с целью укрепления здоровья пациентов».

В этом определении подчеркивается, что ВОП оказывает помощь всем категориям пациентов, так как он курирует всю семью. Важность работы с семьей при оказании первичной медико-санитарной помощи нашла отражение в названии, данном этой специальности в ряде стран: США, Швеции, Норвегии. Поэтому не случайно во всех документах ВОЗ, посвященных формированию и укреплению первичного звена здравоохранения, эта специальность имеет двойное название: «общая врачебная практика/семейная медицина».

Именно это определение и является ключом к ответу на вопрос: есть ли различия между общей практикой и семейной медициной. Практически они отсутствуют. Попытка провести разделение между этими понятиями может быть обусловлена уровнем подготовки врачей, которые не могут обеспечить оказание помощи детям и беременным, либо национальными особенностями и традициями той или иной территории и (или) семьи [2].

Таким образом, семейная медицина — это медицинская специальность, которая обеспечивает непрерывную и всеобъемлющую помощь пациентам и их семьям. При реализации этого вида помощи должны быть решены шесть основных задач, которые в той или иной интерпретации звучат во всех определениях специальности [3, 4].

Непрерывная помощь. Понятие непрерывности включает возможность и необходимость наблюдения за пациентом не только в период внезапно развившихся заболеваний, но и на фоне стабилизации и улучшения состояния здоровья, использование методов вторичной профилактики, а также образовательных программ для пациента и членов его семьи. Объектом для реализации непрерывной помощи является сам пациент, а не его болезнь.

Всеобъемлющая помощь. ВОП может справиться с решением большинства проблем, с которыми пациент к нему обратился. Часто причины, беспокоящие пациента, лежат в плоскости психосоматических расстройств или проблем, связанных с его отношениями в семье, неправильным восприятием информации о тех или иных методах обследования. Иногда пациент хочет лишь убедиться в обоснованности сделанных ему или его родственнику назначений, выяснить необходимость использования какого-либо лекарственного препарата или медицинского аппарата, о котором он услышал из средств массовой информации. Так, обращение за помощью в связи с болью за грудиной не всегда станет поводом для проведения интенсивной терапии, поскольку причина ее возникновения может быть более банальна, чем приводящая в кардиологическое отделение стационара.

Оказание помощи в контексте общества. Для ВОП важным ресурсом при решении проблем пациента является знание особенностей сообщества, которое его окружает, что позволяет не только выяснить возможные детали развития заболевания и повлиять на это, но и помочь привлечь дополнительные ресурсы для оказания ему помощи.

ВОП должен быть осведомлен о деятельности существующих молодежных организаций, главной целью которых является профилактика наркомании среди подростков и молодежи с целью возможного использования этого ресурса для улучшения пропаганды отказа от наркотиков. Он должен также использовать ресурсы отдела социального обеспечения, предоставляющего услуги для малообеспеченных, пожилых людей и т. д.

Координация помощи. Она является очень важной особенностью ВОП. Именно с ВОП начинается контакт пациента с системой здравоохранения в целом. Если врач действительно станет своеобразным гидом в этой системе для своего пациента, будет советчиком и адвокатом, защищающим интересы больного, то процесс оказания помощи станет более эффективным. Отсутствие врача, к которому пациент может обратиться со своими проблемами, приводит к увеличению числа госпитализаций и вызовов скорой помощи, потому что человек чувствует себя незащищенным и беспомощным при развитии непонятных ему признаков заболевания. При этом, несмотря на обращения к специалистам, состояние больного может не улучшиться, что приведет к потере веры в возможность получения качественной помощи, с одной стороны, и изменению затрат на оказание помощи

в дальнейшем — с другой. Если же роль ВОП трансформируется в сотрудничество со специалистами, службой скорой помощи, работниками стационаров, то это позволяет более четко решать проблемы пациента, экономя время и материальные ресурсы. Такая работа исключает дублирование различных методов обследования при направлении пациента на стационарное лечение, позволяет сохранить преемственность в курациибольных с хроническими заболеваниями и повышает качество оказания помощи.

Профилактическая направленность. Является одной из важнейших задач ОВП. Наблюдая своих пациентов в течение их жизненного цикла, ВОП имеет возможность идентифицировать факторы риска (ФР) развития хронических заболеваний. У него есть уникальная возможность при любом посещении заниматься всеми видами профилактической работы, в том числе первичной профилактикой: объяснять пациенту правила здорового питания, важность физической активности, вред курения и чрезмерного употребления алкоголя. ВОП может использовать свое влияние и авторитет при разъяснении опасности ФР развития заболеваний и возможности их устранения, привлекая в качестве союзников членов семьи пациентов.

Оказание помощи в контексте семьи. Появление хронического заболевания у одного из членов семьи может изменить сложившиеся стереотипы семейной жизни. ВОП должен учитывать особенности жизненного цикла семьи, начиная от формирования отношений молодой пары до кризисных этапов, связанных с проблемами детей и подростков, синдромом «опустевшего гнезда» или уходом из жизни одного из супругов. Вовлечение членов семьи в процесс решения проблем пациента, связанных с профилактикой или лечением, является мощным ресурсом ВОП, способствующим повышению эффективности оказания помощи.

Таким образом, к ключевым компетенциям ВОП можно отнести:

- управление процессом на уровне ПМП (решение проблемы здоровья пациента и организация процесса оказания помощи ему с обеспечением эффективного использования ресурсов здравоохранения, выступая в качестве адвоката пациента);
- помощь, ориентированная на пациента, а не на патологический процесс;
- решение специфических проблем пациента (оказание экстренной медицинской помощи, учет эпидситуации, сотрудничество с пациентом, эффективное использование диагностических и лечебных методов и др.);
- всеобъемлющий подход (владение методами профилактики и укрепления здоровья, диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной медицины);
- популяционно-ориентированный подход (умение оказывать помощь, исходя из потребностей индивидуума и сообщества, соизмеряя ее с доступностью ресурсов здравоохранения);
- холистический подход (использование биопсихосоциальной модели с учетом особенностей культуры и этнической принадлежности пациента).

Таким образом, ВОП должен быть центральной фигурой в первичном звене здравоохранения и координатором медицинского маршрута пациента. Благодаря такой медицинской деятельности формируется видение врачом пациента как единого целого. В обязанности ВОП входит также оказание комплексной и непрерывной помощи всем пациентам, независимо от пола, возраста и заболевания. Он обеспечивает помощь в контексте семьи и общества с учетом особенностей культуры, придерживаясь принципа автономности для каждого пациента. При согласовании плана лечения с пациентом ВОП (семейный врач) учитывает его физические, психологические, культурные, социальные и бытовые особенности, углубляя доверительные отношения с ним благодаря постоянным контактам.

ВОП несет ответственность как за состояние здоровья населения, проживающего на его участке, в населенном пункте, так и за свой постоянный профессиональный рост.

ЛИТЕРАТУРА

1. История развития кафедры общей врачебной практики / Е. А. Воронко [и др.] // Семейный доктор. — 2013. — № 1. — С. 5–10.
2. *Богуш, Л. С.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь: история, развитие и перспективы / Л. С. Богуш // Здравоохранение. — 2016. — № 5. — С. 20–24.
3. *Хулуп, Г. Я.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь / Г. Я. Хулуп, Е. А. Воронко, В. З. Русович. — М.: Медицина, 2008. — С. 15–19.
4. *Ростовцев, В. Н.* Мобильная общая врачебная практика / В. Н. Ростовцев // Справочник врача общей практики. — 2017. — № 3. — С. 32–36.

УДК 617.7–007.21–053.1–036.82

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С АНОФТАЛЬМОМ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**

*Бараш А. Н.^{1,2}, Шаршакова Т. М.¹, Шилова Н. П.³,
Малиновский Г. Ф.⁴, Котович В. О.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Учреждение здравоохранения

«Клинический родильный дом Минской области»,

⁴Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Удаление глазного яблока (энуклеация, эвисцерация) является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для человека. Внезапная потеря зрения оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации.

Основопологающим фактором, от которого зависит косметический эффект при глазном протезировании, является совместная работа офтальмохирурга и офтальмопротезиста. Формирование качественной опорно-двигательной культы, создание которой после энуклеации/эвисцерации возможно только путем введения в полость глазницы имплантата, позволяет восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса. Своевременная пластика глазницы после эвисцерации/энуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снизить дополнительные затраты на медицинскую и социальную реабилитацию и повысить качество жизни (КЖ) данной категории пациентов [1–3].

Психологическая поддержка пациентов с анофтальмом крайне необходима, так как повышение КЖ лиц с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающееся не только офтальмологов, но и работников других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников пациентов и общества в целом. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях [2].

Несовершенство глазного протезирования, отказ от формирования опорно-двигательной культы с использованием имплантата, отсутствие психологического консультирования и несовершенство системы реабилитации способствуют формированию своего рода «комплекса

неполноценности» у таких людей. У данной категории лиц в значительной мере снижается КЖ, а это в свою очередь обуславливает необходимость всестороннего изучения медико-социальных последствий, возникающих после глазного протезирования [1–3]. Оценка этих последствий и анализ клинико-социальных факторов, влияющих на КЖ лиц с данной патологией, будет способствовать совершенствованию медико-социальной реабилитации этой категории пациентов.

Цель

Оценить КЖ пациентов с анофтальмом и особенности влияния данной патологии на их социальный статус, положение в обществе и микросоциальной среде.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное обследование пациентов с анофтальмом после глазного протезирования, обратившихся в медико-реабилитационную экспертную комиссию, путем изучения клинико-функциональных факторов, влияющих на их КЖ. В исследовании приняли участие 78 человек с данной патологией. Из них мужчин было 74,3 %, женщин — 25,6 %. Возраст пациентов колебался от 14 до 78 лет, средний — 44 года. При этом 65,1 % респондентов находились в трудоспособном возрасте. Большинство обследованных имели среднее, среднее-специальное и высшее образование (89,9 %). 15 % пациентов на момент обследования являлись учащимися средних и высших учебных заведений.

Качество жизни — это субъективный показатель благополучия человека, отражающий его физическое и психическое здоровье, физическую работоспособность и социальную активность. Нами был выбран опросник оценки качества жизни Short Form Medical Outcomes Study (SF-36, 1998), который включает 8 шкал: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Опросник SF-36 является одним из наиболее распространенных и валидных, применяется как в популяционных, так и специальных исследованиях во многих странах мира. Вышеперечисленные шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Физический компонент здоровья включает физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли и общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья состоит из оценок психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, социального функционирования и жизненной активности. Результаты представлены в виде оценок в баллах, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Показатель 100 является максимальным и указывает на полное здоровье. Также с помощью опросника Сердюка (1994 г.) оценивалось влияние данной патологии на социальный статус пациента, его положение в обществе и микросоциальной среде. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования пациентов прямым способом.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования показали, что причинами, обусловившими необходимость удаления глазного яблока, явились: травма органа зрения — 66 %, онкологические заболевания глаз — 28 %, болящая терминальная глаукома — 4 %, другие причины — 2 %. Среди обследованных 73 % имели III группу инвалидности, 10 % — II группу, 2 % — I группу, 7 % — дети-инвалиды.

Важным для оценки КЖ оказалось функциональное обследование парного глаза. Так, выявлено, что у 49 % протезированных имелись нарушения функций парного глаза, что связано с наличием патологии на этом глазу.

На основе анализа полученных данных были определены количественные характеристики КЖ по шкалам: физическое функционирование — PF (средний уровень) — 64,8 %; ролевое функционирование — RP (средний уровень) — 55 %; интенсивность боли — ВР (выше среднего уровень) — 62 %; общее состояние здоровья — GH (средний уровень) — 52,5 %; жизненная активность — VT (средний уровень) — 54,3 %; социальное функцио-

нирование — SF (выше среднего уровень) — 80,5 %; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — RE (средний уровень) — 40,6 %; психическое здоровье — MH (средний уровень) — 48,8 %.

Балльная оценка составляющих показателей качества жизни опросника SF-36 пациентов с анофтальмом показала, что наиболее высоко оцениваются шкалы социального функционирования и интенсивность боли (как ее отсутствие), наиболее низко оцениваются шкалы: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Мужчины имеют лучшие показатели КЖ по всем шкалам опросника по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Показатели КЖ оценивались выше среднего уровня пациентами моложе 35 лет независимо от пола.

При оценке жизнедеятельности с помощью опросника Сердюка у пациентов после глазного протезирования были выявлены следующие результаты: ограничение ощущения силы и энергии (чувство слабости, немощности, снижение работоспособности) — 70 %, ограничение в удовольствиях (еда, гости, развлечения) — 61 %, ухудшение отношения к пациенту на работе (плохое отношение сотрудников) — 31 %, ограничение свободного времени (много времени уходит на лечение, больницы) — 52,5 %, ограничение карьеры (сложности занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру) — 64 %, снижение физической привлекательности (считают себя некрасивыми, неприятными для окружающих) — 70 %, формирование чувства ущербности (болезнь сделала несчастным, заставляет чувствовать себя не таким, как все) — 58 %, ограничение общения (болезнь мешает общаться с окружающими) — 44 %, материальный ущерб (трата средств на лечение, нет возможности больше зарабатывать) — 67 %.

Данные опроса показали, что из-за наличия зрительного дефекта 51 % лиц трудоспособного возраста не могут трудоустроиться, 49,6 % вынуждены были сменить профессию и у 66,7 % снизилась квалификация. Анализ структуры обращаемости показал: число повторных обращений составило 77 %, в том числе с целью составления индивидуальной программы реабилитации — 51 %, для оформления трудовых рекомендаций — 38 %.

Исследование показало, что удаление глазного яблока является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациентов, особенно женщин и детей. Значительно осложняется адаптация человека, лишённого глаза к окружающей среде, ограничивается возможность выбора профессии, часто утрачиваются профессиональные навыки. Кроме того, наличие косметического дефекта, инвалидизирующая патология, наличие сопутствующих заболеваний, неблагоприятные отношения на работе и дома, утрата профессиональных навыков, невозможность трудового устройства или нерациональное трудовое устройство являются факторами, значительно влияющими на КЖ лиц с анофтальмом. Это свидетельствует о высокой значимости для пациентов влияния данной патологии на сферы жизнедеятельности и его социальный статус, самооценку.

Полученные данные можно рассматривать, как «мишени» или «точки приложения» для психотерапевтического воздействия в процессе медико-социальной реабилитации для каждого пациента индивидуально.

Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий лиц, перенесших глазное протезирование, и для решения широкого спектра проблем психологического и социального содержания, возникающих в связи с энуклеацией/эвисцерацией и ношением протеза, проведение лечебных мероприятий целесообразно сочетать с методами психологической коррекции и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шамрей, Д. В. Оценка качества жизни и социально-психологического статуса пациентов после органосохраняющих операций, выполненных по поводу тяжелой травмы глаза / Д. В. Шамрей, Э. В. Бойко // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ VI Всерос. науч. конф. молодых ученых с участием иностран. специалистов / под ред. Х. П. Тахчиди. — М., 2011. — Режим доступа: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?9303>. — Дата доступа: 16.04.2017.
2. Рыжов, В. А. Влияние индивидуального глазного протезирования на качество жизни больных с анофтальмом и субатрофией глазного яблока: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.08 / В. А. Рыжов. — Уфа, 2003. — 128 с.
3. Медико-социальные проблемы офтальмопротезирования / М. И. Разумовский [и др.] // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. — 2014. — № 2. — С. 50–53.

УДК 616.61:616.381-089.819

**ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО СТАТУСА
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ДИАЛИЗЕ***Березовая М. С., Зуб Л. О., Акентьев С. О.***Высшее государственное учебное заведение Украины
«Буковинский государственный медицинский университет»
г. Черновцы, Украина*****Введение***

В настоящее время большое внимание уделяется изучению пищевого статуса у больных хронической болезнью почек терминальной стадии. Оптимальный нутритивный статус позволяет обеспечить достаточный уровень медицинской реабилитации и выживаемость больных. Развитие белково-энергетической недостаточности у данной категории пациентов ухудшает прогноз течения заболевания и существенно влияет на показатели смертности [1].

Важным компонентом консервативного лечения пациентов с хроническим заболеванием почек является диетическая коррекция питания, которая должна быть интегрирована с фармакологической терапией. Основными целями диетического питания являются поддержание оптимального состояния нутритивного статуса, предотвращение и (или) коррекция признаков, симптомов и осложнений, связанных с хронической почечной недостаточностью. Правильная оценка и коррекция питания могут обеспечить безопасное и эффективное использование более низких доз диализа, даже если скорость клубочковой фильтрации продолжает уменьшаться. Консервативные методы лечения и инкрементный диализ могут улучшить качество жизни и снизить затраты здравоохранения на лечение данной категории пациентов [4, 3].

Цель

Изучение особенностей пищевого статуса у пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на лечении программным диализом.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 46 больных с V стадией хронической болезни почек, которым проводилось лечение программным гемодиализом в отделении хронического гемодиализа ОКУ «Черновицкая областная клиническая больница». Группу контроля составили 24 практически здоровых лиц. Пациенты во всех группах были распределены относительно возраста и пола. Продолжительность пребывания на лечении заместительной терапией составила $2,5 \pm 1,2$ года. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 3,4$ года (от 37 до 49 лет). Оценка нутритивного статуса проводилась согласно протоколу диагностики и коррекции недостаточности питания у больных хронической болезнью почек V Д стадии. По уровню скорости клубочковой фильтрации определяли оценку остаточной функции почек. Всем пациентам вычисляли индекс массы тела, процент стандартной массы тела, процент обычной массы тела. Определялся общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, альбумины.

Абсолютное число лимфоцитов рассчитывали как соотношение произведения процента лимфоцитов и числа лейкоцитов до 100.

Для оценки нутритивного статуса использовали параметры белкового обмена. Критериями белковой недостаточности было снижение уровня трансферрина < 2 г/л, снижение уровня общего белка < 65 г/л, преимущественно за счет альбумина < 35 г/л, лимфоцитопения $< 1800 \times 10^9$ /л.

Данные представлены в виде средних величин и погрешности среднего ($M \pm m$). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета «Statistica». Оценку различий между группами при распределении, близком к нормальному, проводи-

ли параметрическими методами с помощью критерия F-Фишера. Наличие взаимосвязей между исследуемыми показателями определено с помощью корреляций Спирмена (r). Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Критерии включения пациентов в исследование: программный гемодиализ, возраст больше 18 лет, предоставление информированного согласия пациента на участие в исследовании, возможность адекватного сотрудничества в процессе исследования.

Критерии исключения пациента из исследования: отказ пациента, наличие острых или обострения хронических инфекционных заболеваний бактериального и вирусного генеза в течение месяца до момента включения больного в исследование, наличие симптомов мальдигестии и мальабсорбции, психические расстройства.

При выполнении исследования соблюдены правила безопасности пациентов, сохранены права и каноны человеческого достоинства, а также морально-этические нормы в соответствии с основными положениями GSP (1996 г.), Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (от 04.04.1997 г.), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научных медицинских исследований с участием человека (1964–2008 гг.) и приказа МЗ Украины № 690 от 23.09.2009 г. (с изменениями, внесенными согласно Приказу МЗ Украины № 523 от 12.07.2012 г.), этического кодекса ученого Украины (2009 г.).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинико-лабораторных показателей обследованных пациентов показал нарушения нутритивного статуса у 33 % пациентов, а у 6 % — были определены выраженные изменения нутритивного статуса. Нарушения липидного обмена и уровня сывороточного альбумина наблюдалось практически у всех включенных в исследование пациентов по сравнению с практически здоровыми лицами ($p < 0,05$).

В результате проведенного исследования установлено, что примерно у трети пациентов с V Д стадией хронической болезни почек наблюдалось изменение нутритивного статуса, что частично объяснялось нарушением пищевого рациона. У значительной части пациентов выявлено нарушение провоспалительных показателей крови. Нарушение пищевого статуса влияет на уровень медицинской реабилитации и течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Girija, K.* Correlation between subjective global assessment and serum albumin in hemodialysis patients / K. Girija, R. Radha // International Journal of Recent Scientific Research Research. — 2015. — Vol. 6. — P. 147–154.
2. Nutritional assessment of patients with end-stage renal disease using the MNA scale / Ł. Rogowski [et al.] // Adv Clin Exp Med. — 2018. — Jul 4. — doi: 10.17219/acem/75604.
3. Serum albumin, inflammation, and nutrition in end-stage renal disease: C-reactive protein is needed for optimal assessment / H. Villafuerte [et al.] // Semin Dial. — 2018. — Jun 21. — doi: 10.1111/sdi.12731.
4. *Carrero, J. J.* Pros and cons of body mass index as a nutritional and risk assessment tool in dialysis patients / J. J. Carrero, C. M. Avesani // Semin Dial. — 2015. — № 28(1). — P. 48–58.

УДК 616.833.35-001.35

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ

Березуцкий В. И.

Государственное учреждение

**«Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»
г. Днепр, Украина**

Синдром запястного канала (СЗК) — самый частый из всех синдромов перенапряжения (overuse syndromes), его патогенез связан с многократным повторением однообразных движений, приводящих к механической перегрузке мышц и сухожилий кисти. В последнее десятилетие значительная часть всех случаев СЗК вызвана интенсивным пользовани-

ем компьютерной мышью и клавиатурой. Длительное напряжение статично переразогнутой в лучезапястном суставе кисти неминуемо ведет к отеку и компрессии проходящего в запястном канале срединного нерва. Поскольку с каждым годом число профессий, связанных с персональным компьютером (ПК), неуклонно увеличивается, многие люди проводят по 10–12 часов в сутки с мышкой в руке. Не следует забывать и о геймерах, количество которых может многократно превышать количество профессиональных пользователей компьютера. Установлено, что реальная распространенность СЗК у населения может достигать 5 %, а у профессиональных пользователей компьютера — 15 % [1]. СЗК существенно ограничивает трудоспособность профессиональных пользователей компьютеров, снижает качество их жизни, что требует значительных материальных затрат на лечение. Эти обстоятельства объясняют высокий интерес исследователей к СЗК, следствием чего является большое количество научных публикаций по данному вопросу. Анализ последних достижений науки в решении проблем профилактики и лечения СЗК и их популяризация в среде практикующих врачей будут способствовать повышению эффективности диагностики и лечения СЗК. Для решения этого вопроса был проведен анализ научных публикаций за последние 5 лет, посвященных карпальному туннельному синдрому у пользователей персональных компьютеров. Поиск публикаций был проведен в наукометрических базах Scopus, WebOfScience и PubMed.

Профилактика карпального туннельного синдрома у пользователей ПК основывается на ранней диагностике, совершенствовании эргономики рабочего места и выборе наиболее оптимального режима работы.

В поисках наиболее информативного метода ранней диагностики СЗК ежегодно перепроверяются возможности инструментальных методов диагностики СЗК. В кросс-секционном исследовании сравнивали возможности электронейромиографического тестирования и ультразвукового исследования высокого разрешения (определение площади поперечника срединного нерва при входе в запястный канал). Оба метода продемонстрировали высокую и примерно равную диагностическую ценность: специфичность — около 90 %, положительная прогностическая ценность — около 95 %, отрицательная прогностическая ценность — около 82 %. Важно, что ультразвуковая диагностика дает важную для выбора варианта лечения информацию об анатомических изменениях в запястном канале. Необходимость повышения информативности нейрофизиологического исследования для выявления патологии срединного нерва способствовала разработке критериев ранней диагностики СЗК, основанных на соотношении амплитуды F/M волн при электрофизиологическом исследовании срединного нерва. Была доказана и высокая диагностическая ценность метода электрической импедансной миографии для выявления СЗК. Совершенствуется и ультразвуковая диагностика СЗК. Новые, более чувствительные критерии оценки тяжести СЗК по данным ультразвуковой диагностики были разработаны на основе оценки соотношения эхогенной плотности тенара и гипотенара [2].

Установлена зависимость между интенсивностью использования ПК и выраженностью нарушения функции кисти. В результате тестирования при помощи электромиографического исследования различных режимов работы было установлено, что 30-секундный перерыв в течение каждых 10 минут работы обеспечивает наиболее эффективное восстановление уставших сгибателей кисти (как лучевых, так и локтевых) и способствует профилактике СЗК. Изучение процесса утомления мышц верхней конечности у пользователей ПК при различных позициях компьютерной мыши показало, что дистальная позиция (предплечье лежит на столе) сопровождается меньшей активностью мышц-ротаторов, сухожилий кисти и позволяет более длительный промежуток времени поддерживать высокую производительность, предупреждая перенапряжение и способствуя профилактике СЗК [3]. При изучении влияния набора компьютерного текста при различных углах наклона клавиатуры на состояние срединного нерва и запястного канала было установлено, что наиболее благоприятным для профилактики СЗК является нейтральное положение клавиатуры (без какого-либо наклона): по данным ультразвукового исследования поперечное сечение срединного нерва росло вместе с увеличением угла наклона клавиатуры.

В попытке снизить механическую нагрузку на кисть у пользователей ПК были исследованы возможности дополнительных приспособлений. Тестирование при помощи электромиографического исследования 4 различных приспособлений показало, что использование браслета с подушечкой для уменьшения дорсифлексии кисти позволяет наилучшим образом удерживать запястье в нейтральном положении и тем самым обеспечивать профилактику СЗК. Хорошо показало себя устройство, снижающее риск развития СЗК при наборе текста на компьютерной клавиатуре за счет снижения напряжения мышц запястья и предплечья. Устройство представляет собой гибкий рукав с механическим приводом, динамически стабилизирующий в реальном времени запястье в нейтральном положении. Большие надежды возлагались исследователями на улучшение эргономики самой компьютерной мыши. Однако тестирование эргономики трех видов компьютерной мыши: стандартной горизонтальной, наклонной (угол наклона 35°) и вертикальной (угол наклона 65°) — не дало позитивных результатов. Электромиографические исследования разгибателей кисти (ульнарного и радиального) при выполнении 7 стандартных заданий (различные варианты нажатия кнопок и пользование роликом) показали, что ни одна из них не дает существенных преимуществ в предупреждении перегруза мышц кисти при выполнении многократно повторяющихся движений. Исследователи пришли к выводу о необходимости частых перерывов для отдыха с целью профилактики СЗК.

В поисках более эргономичных устройств ввода информации в ПК с целью повышения эффективности профилактики СЗК у пользователей были разработаны альтернативные гаджеты. Однако популярные сенсорные экраны оказались еще менее эргономичны. Сравнение биомеханической нагрузки на мышцы верхней конечности при использовании сенсорным экраном, сенсорной клавиатурой и компьютерной мышью показало, что пользование сенсорным экраном сопровождается гораздо большими постуральными углами отклонения от нейтральной позы как для шеи, так и для верхней конечности, при этом требуется большее напряжение кисти, предплечья и плеча, что приводит к более быстрому утомлению [4]. Не было выявлено существенных преимуществ в отношении риска возникновения СЗК и при тестировании ультрамодных устройств взаимодействия с электронными устройствами в виде браслетов (*wearable sensor arm band* — WSAB), уже имеющих в продаже, но не получивших пока устоявшегося названия в русском языке. Сравнение биомеханической нагрузки на кисть и предплечье во время использования WSAB, компьютерной мыши и клавиатуры при вводе текста, работе в презентационных программах, играх и выполнении других наиболее часто востребованных задач показало, что новинка нагружает иные группы мышц, однако при ее использовании требуется не меньшее число движений, чем при работе с традиционными клавиатурой и компьютерной мышью. Это значит, что WSAB не обладает преимуществами в профилактике СЗК.

Перспективным направлением в первичной профилактике СЗК у пользователей ПК является прогнозирование. Сотрудники национального института профессиональной патологии Франции разработали и апробировали систему первичной профилактики СЗК, основанную на симуляции эргономических условий рабочего места. Специалисты кинезиологического центра клиники университета Мак-Кастера в Онтарио (США) разработали, создали и апробировали эргономический инструмент, позволяющий прогнозировать риск развития СЗК на основании контроля давления в запястном канале [5]. Не менее перспективным представляется и возможность использования различных физических упражнений, способствующих нормализации давления в запястном канале у пользователей ПК. Хорошие результаты показало планшетное приложение, позволяющее пользователям снизить компрессию срединного нерва благодаря специфическим движениям большого пальца, что улучшает венозную и лимфатическую циркуляцию карпального канала. Курсовая йоготерапия обеспечила улучшение проводимости электрического импульса по срединному нерву на 20 % и увеличение силы сгибателей кисти — на 15 %. Перспективными представляются методики, основанные на игровых технологиях, использующих сенсор-

ные датчики Kinect, Wii Leap и Motion. Тестирование показало, что они способствуют эффективному снижению давления и улучшению кровотока в анатомических структурах карпального канала.

Таким образом, анализ научных публикаций показывает, что интенсивное пользование различными устройствами ввода информации в ПК является значимым фактором риска развития СЗК. Наиболее эффективные направления профилактики СЗК у пользователей ПК связаны с улучшением эргономики рабочего места, чередованием работы и коротких периодов отдыха для кисти, а также с ранним выявлением нарушений в группе риска при помощи ультразвуковых и электронейрофизиологических методов исследования. Поскольку больные с симптоматикой СЗК обращаются к самым различным специалистам: семейным врачам, невропатологам, терапевтам, хирургам, травматологам и т. д. — широкая популяризация последних достижений в диагностике, профилактике и лечении СЗК у пользователей ПК в среде практикующих врачей будет способствовать повышению эффективности медицинской помощи при этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Werner, R. A.* How can we best estimate the Incidence and Prevalence of Carpal Tunnel Syndrome? / R. A. Werner, A. Franzblau // *Muscle & nerve.* — 2018. — Vol. 57, № 7. — P. 1–11
2. The diagnostic efficacy of clinical findings and electrophysiological studies in carpal tunnel syndrome / N. B. Pekel [et al.] // *The European Research Journal.* — 2017. — Vol. 3, № 1. — P. 62–67. — <http://doi.org/10.18621/eurj.2017.5000195868>.
3. Electromyographic analysis of relevant muscle groups during completion of computer tasks using different computer mouse positions / S. Sako [et al.] // *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics.* — 2017. — Vol. 23, № 2. — P. 267–273.
4. Posture and discomfort assessment in computer users while using touch screen device as compared with mouse-keyboard and touch pad-keyboard / N. Kargar [et al.] // *Work.* — 2018. — Vol. 59, № 3. — P. 341–349.
5. *Weresch, J. A.* Development of an Ergonomic Tool to Predict Carpal Tunnel Syndrome Risk Based on Estimated Carpal Tunnel Pressure / J. A. Weresch, P. J. Keir // *IIEE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors.* — 2018. — Vol. 6, № 1. — P. 32–42.

УДК 614.876:316.64

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МАССОВОГО СОЗНАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ НАСЕЛЕНИЯ, КАСАЮЩИХСЯ ВОПРОСОВ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Бортновский В. Н., Пучко В. К.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Исследования, посвященные радиационной компетентности населения, общественному мнению об атомных проектах, повседневным практическим действиям в области радиационной гигиены, сравнительно слабо представлены в публичном информационном пространстве и средствах массовой информации. Так, согласно исследованию А. М. Библина, за три первых квартала 2016 г. с интернет-сайтов 27 крупных российских СМИ собрано всего 1075 материалов, часть из которых была приурочена к тридцатилетию Чернобыльской катастрофы [1].

Для изучения знаний, информационных потребностей и предпочтительных способов получения информации по вопросам радиационной безопасности и смежных с ней тем, был проведен опрос методом стандартизированного интервью и интернет-анкетирование жителей, постоянно проживающих на территории города Гомеля и Гомельской области [2]. Всего в социологическом исследовании приняли участие 187 человек в возрасте от 18 до 43 лет (76 мужского пола и 111 женского пола).

Опросы показали, что общая оценка экологической ситуации в регионе является позитивной. Более половины респондентов оценили ее как благоприятную или скорее благоприятную. Вместе с тем в городе Гомеле доминирует более позитивная оценка экологи-

ческой ситуации (56,7 %), чем в Гомельской области (47,8 %). Основными экологическими проблемами как региона в целом, так и отдельных административных районов жители считают загрязнение воздуха выхлопными газами автотранспорта (75,3 %), а также сбор, вывоз, складирование, утилизацию мусора (69,7 %).

Среди множества факторов риска, снижающих качество жизни и благополучие среды, радиационное загрязнение упоминалось респондентами областного центра реже — 41,9 %, чем жителями районных центров и населенных пунктов Гомельской области — 54,9%. Среди локальных источников радиоактивного загрязнения, опрошенные преимущественно указали на «следы» аварии на Чернобыльской АЭС. Практически неизвестны такие источники, как испытания ядерного оружия, различные природные источники излучения и их производные — радон, гранит, бетон, разломы земной коры.

Анализ базовых установок массового сознания по отношению к ядерной энергетике показал доминирование скорее положительной позиции (35,5 %). Второе место занимает нейтральная позиция (23,4 %).

Анализ восприятия массовым сознанием радиационной обстановки по месту проживания позволяет констатировать относительно низкий уровень заинтересованности и информированности респондентов по данному вопросу. Распространенные знания получены скорее из популярных информационных источников (телевидение, публикации в прессе, интернет).

Для выявления реального уровня знаний в области радиационной безопасности респондентам были заданы два вопроса: об известных им признаках радиоактивного излучения и приборах, являющихся источниками ионизирующего излучения. В целом знания населения могут быть охарактеризованы как фрагментарные и неуверенные. В частности, налицо смешивание признаков излучения и последствий его действия на организм, а также неверное представление о бытовых источниках ионизирующего излучения. Показательно, что «нормативный» вариант ответа: излучение нельзя обнаружить без специальных приборов — фактически «растворился» (5,6 %) в вариантах, вызывающих сомнение (изменение собственного самочувствия — 41,1 %, поведение домашних животных — 23,3 %, реакция растений и деревьев — 35,5 % и т. д.). Характерной ошибкой в ответах о признаках радиоактивного излучения является их смешение в массовом сознании с поражающими факторами ядерного оружия. С одной стороны, это свидетельствует об ассоциации радиационной проблематики, преимущественно с военной, с другой — о незначительной глубине знаний.

Отвечая на вопросы о наличии навыков использования приборов для измерения радиоактивного излучения, о наличии таких приборов в домохозяйствах респондентов и практике их применения, подавляющее большинство опрошенных сообщили о своем неумении пользоваться дозиметром (41,1 %). Соответствующими навыками владеют только 10,3 % респондентов. Еще 35,5 % имеют только теоретические представления об этом.

И дома дозиметр (или какой-либо аналогичный прибор) есть у очень немногих (17,8 %). Уверенно сообщили о наличии работоспособного прибора («да, точно есть, в рабочем состоянии») менее 6 % опрошенных. Более 70 % опрошенных признались, что прибора для измерения радиоактивного излучения в их домохозяйстве нет.

Как утратившие значение навыки — так выглядит в целом ситуация с обеспеченностью населения дозиметрами и умением ими пользоваться. Даже среди тех, кто декларирует уверенное умение измерять уровень радиации (то есть когда-то учился этому), работоспособными приборами владеют только 18 %. При этом выбор варианта ответа на вопрос о признаках радиоактивного излучения («нельзя обнаружить без специальных приборов») практически лишь незначительно повышает интерес к таким приборам и навыкам их использования.

Выводы

Проведенный анализ материалов о радиационных рисках, размещенных в средствах массовой информации, позволяет говорить о том, что их уровень был и остается достаточно низким. Тема радиации в настоящее время по-прежнему мифологизирована, а излишнее сгущение красок о потенциальных рисках для здоровья зачастую формирует позицию недоверия у читателя.

Реальный уровень знаний и навыков населения в области радиационной безопасности недостаточно высок ни для грамотных действий в экстремальной ситуации, ни для безопасного поведения в повседневной жизни. Общественное мнение формируется преимущественно на основе сообщений масс-медиа.

Таким образом, насущной общественной задачей является целенаправленное формирование радиационной культуры, без которой невозможны ни эффективное противодействие радиационным угрозам, ни выработка полноценного общественного мнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библин, А. М. Анализ характера освещения в средствах массовой информации радиационной безопасности населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области / А. М. Библин // Радиационная гигиена. — 2017. — Т. 10, № 2. — С. 23–30.
2. Интернет-ресурс: — Режим доступа: http://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScdd61xJlm_xzOn8P3bzyJ4IGVOfTWHPOeVOLmafLpx_UDCKg/viewform.

УДК 616.8 – 085.851:616.831 – 005 – 036:82

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ПЕРИОД РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Вашкевич Н. В., Федоров В. В., Иванцов О. А.

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»
г. Гомель, Республика Беларусь

Мозговой инсульт во всем мире является актуальной медико-социальной проблемой, что обусловлено как высокой смертностью, так и инвалидизацией при данной патологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от сосудистых поражений мозга занимает третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний [1], а высокая заболеваемость и инвалидность при мозговом инсульте определяют его значительное экономическое бремя [2]. По данным статистики, только 10–13 % перенесших инсульт полностью восстанавливаются, а многие остаются инвалидами в той или иной степени. При этом около 31 % перенесших инсульт нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, а около 20 % людей не могут самостоятельно ходить [3].

Одним из важнейших факторов успеха реабилитационных мероприятий является эмоциональное состояние пациента, его установка и мотивация на восстановление. Очень часто наличие аффективных и когнитивных нарушений значительно затрудняет физическую реабилитацию и выздоровление. Частота развивающихся аффективных расстройств после инсульта существенно варьирует в зависимости от сроков наблюдения заболевания и используемых критериев диагностики [4]. Многие авторы европейских эпидемиологических исследований приходят к выводу о том, что наиболее реалистичным показателем заболеваемости с ведущим депрессивным симптомокомплексом у пациентов после инсульта можно считать приблизительно 33 % [5].

На базе отделения ранней медицинской реабилитации постинсультных больных УЗ «Гомельский областной госпиталь инвалидов Отечественной войны» с пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, занимается многопрофильная бригада специалистов: врач-реабилитолог, психотерапевт, врач-ЛФК, специалисты физической реабилитации и восстановления речи, средний и младший медицинский персонал. Но в первую очередь, конечно же, в эту работу вовлекается сам пациент и его родственники. При поступлении пациента в отделение специалистами мультидисциплинарной бригады проводится реабилитационно-экспертная диагностика, формируется клиничко-функциональный диагноз, составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР). Пациенты получают консультацию психотерапевта для определения необходимости и объема оказания им психотерапевтической помощи. Здесь следует отметить несколько особенностей: во-первых, большая часть населения продолжает стигмати-

зировать работу психотерапевта, не понимая собственно отличий между ним, психиатром и психологом, и зачастую первое отношение к консультации — настороженность. Вторых, важной частью работы психотерапевта является тесное сотрудничество с лечащим врачом пациента, который помогает преодолеть сомнения больного и признать необходимость в принятии помощи для восстановления душевного равновесия.

Задачей психотерапевта на первом этапе взаимодействия является создание доверительной атмосферы между ним и пациентом, что позволяет в последующем увеличить комплаентность и повысить эффективность оказываемой помощи. При первичной консультации с пациентами проводится клинико-психологическое интервью, определяется наличие когнитивных (тесты MMSE, часов и 10 слов) и (или) аффективных (тест Спилберга и шкала HADS) нарушений.

При консультации пациентов в раннем реабилитационном периоде после инсульта (от момента начала болезни к этому времени проходит 2–2,5 недели) при отсутствии выраженных когнитивных нарушений больные, как правило, начинают осознавать тяжесть своего состояния. При этом они четко разделяют свою жизнь на «до» и «после» заболевания. Но этап принятия себя как другого человека приходит еще нескоро — от полугода и более. При первичном осмотре большинство пациентов предъявляют жалобы на двигательные нарушения, головные боли, ухудшение памяти в виде забывчивости и рассеянности. При целенаправленном опросе, касающемся психического состояния, они отмечают сниженный фон настроения, страх и тревогу, связанные с прогнозом своего состояния, плаксивость, нарушение сна в виде бессонницы или трудностей засыпания с частыми пробуждениями, нередко мысли о том, что «лучше было бы умереть, чем оставаться в таком состоянии». К общесоматическим и вегетативным симптомам можно отнести ощущение внутренней дрожи, приступы сердцебиения, колебания давления, отсутствие аппетита.

С клинической точки зрения состояние пациентов, как правило, определяется как органическое астеническое расстройство (F06.6), органическое тревожное расстройство (F06.4), органическое депрессивное расстройство (F06.32), расстройство адаптации в форме кратковременной депрессивной реакции (F43.20), смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22).

В качестве психотерапевтической помощи пациентам рекомендуется проведение фармакотерапии, которая включает использование анксиолитических (адаптол, фенибут — он же ноофен), снотворных препаратов, и антидепрессантов из группы СИОЗС (алевал, стимулотон и ципралекс). В программу психотерапевтической помощи включаются также индивидуальные и групповые занятия.

Учитывая, что инсульт — инвалидизирующее заболевание, возникающее внезапно и резко меняющее привычный уклад жизни, характеризующееся потерей здоровья, профессиональных навыков, невозможностью по большей части вести активный образ жизни, работа в индивидуальном порядке направлена на коррекцию переживаний, повышение мотивации на восстановление. Для большей части пациентов трудоспособного возраста ситуация, когда они оказываются зависимыми от врачей, медсестер, родственников, является шокирующей. Нередко они переживают чувство стыда, связанного со своим состоянием, не хотят, чтобы к ним приходили друзья и коллеги и видели их в «таком состоянии», испытывают иррациональное чувство вины за то, что «сами виноваты в том, что произошло». Использование фармакотерапии, конечно же, снижает аффективную окрашенность болезненных состояний, однако психотерапевтические занятия позволяют помочь в адаптации, «принять» произошедшее и более полно включаться в реабилитационную программу. Психотерапия на этом этапе направлена на коррекцию самооотношения, помощь в принятии нарушенных двигательных и когнитивных функций, избавление от чувства стыда, выявление внутренних ресурсов, сохраненных сторон организма и личности. Понятно, что это кропотливая работа, требующая терпения и времени, и очень важным моментом является создание стрессорастворяющей обстановки вокруг пациентов, что может обеспечиваться работой с родственниками, лечащим врачом, средним и младшим медицинским персоналом. При таком комплексном подходе, как показывает практика, к концу третьей недели реабилитации у пациентов улучшается эмоциональный фон, снижается уровень тревожности, они понимают, что им предстоит длительный процесс восста-

новления, но те успехи в их соматическом состоянии, которые произошли за период лечения, уже заметно «вдохновляют» их. Они начинают верить врачам и специалистам ЛФК, что выздоровление в той или иной степени возможно. Кроме того, общение с пациентами, поступающими на повторный курс медицинской реабилитации и имеющими положительную динамику, также является поддерживающим и стимулирующим примером. Хороший результат дает групповая психотерапевтическая работа, когда в группе люди могут увидеть, что не с ними одними произошла такая трагедия, и, опираясь на собственные ресурсы, принимая помощь специалистов, возможно улучшение состояния. Конечно же, долгосрочная работа с такой группой пациентов подразумевает проработку принятия своих ограниченных возможностей, поиск ресурсов для дальнейшей адаптации в социальной сфере, работу с разочарованием, когда они понимают, что процесс восстановления движется гораздо медленнее, чем они представляли, и такими, какими они были до болезни, уже, возможно, не станут.

Критериями улучшения психического состояния на первом этапе работы является достижение позитивного самоотношения и самопринятия — этап интраперсональной коррекции, которая может длиться до нескольких месяцев и зависит как от тяжести последствий инсульта, так и от преморбидных особенностей личности. Важно параллельно проводить работу над восстановлением интерперсональных отношений и формированием новых жизненных ценностей и смысла жизни.

Выводы

Таким образом, несмотря на то, что, на первый взгляд, снижение фона настроения, тревога имеют несопоставимо меньшее значение по сравнению с другими последствиями инсульта: двигательными, сенсорными расстройствами, хроническими болевыми синдромами, деменцией и другими — но именно нарушение настроения больше всего снижает качество жизни, причем не только самого пациента, но и его родственников. Смертность среди пациентов с аффективными нарушениями после инсульта достоверно выше, чем среди пациентов без данных эмоциональных расстройств. Своевременная диагностика и коррекция психических расстройств имеет большое значение для дальнейшего прогноза и качества жизни пациентов. Поэтому лечение и реабилитация инсульта должны предполагать наличие биопсихосоциального подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Strong, K. Preventing stroke: saving lives around the word / K. Strong, C. Mathers, R. Bonita // *Lancet Neurol.* — 2007. — Vol. 6. — P. 182–187.
2. Stroke / G. A. Donnan [et al.] // *Lancet.* — 2008. — Vol. 371. — P. 1612–1623.
3. Кулеш, С. Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности / С. Д. Кулеш. — Гродно: ГрГМУ, 2012. — С. 54–55.
4. Вахнина, Н. В. Депрессия после инсульта: причины, диагностика и лечение / Н. В. Вахнина // *Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия.* — 2013. — № 4 (45).
5. The frequency of depression after stroke: a systematic review of jbservatoijn studies / M. L. Hacket // *Stroke.* — 2005. Vol. 36. № 6. — P. 1330–1340.

УДК 616.1/4-036.865

ОЦЕНКА ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЗАИМОТЯГОЩАЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ И СИТЕМ ОРГАНИЗМА

Власова-Розанская Е. В.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»
пос. Городище, Республика Беларусь**

Введение

В связи с постарением населения в клинической практике редко встречаются изолированные поражения какого-либо органа либо системы организма. Наиболее часто мы

сталкиваемся с коморбидностью и полиморбидностью. В настоящее время именно термин «коморбидность» наиболее часто используется для обозначения сочетанной патологии [1]. У пациентов развивается комбинированная взаимоотягощающая патология органов и систем. Оценка степени утраты общей трудоспособности пациентов при наличии таких заболеваний или травм определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого такого воздействия. В случае если множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, утрата трудоспособности определяется по их совокупности [2].

Цель

Разработка метода оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотягощающей патологии органов и систем организма.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 98 пациентов с комбинированной патологией: 30 (30,6 %) пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, невралгическими, ортопедотравматологическими заболеваниями, 35 (35,7 %) — с сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и неврологическими заболеваниями, 33 (33,7 %) с ССЗ и ортопедотравматологическими заболеваниями.

Сформирована целевая выборка из 30 пациентов с ССЗ, неврологическими и ортопедотравматологическими заболеваниями. Мужчин было 20 (66,7 %), женщин — 10 (33,3 %). Средний возраст пациентов составил $59,6 \pm 4,3$ года. Среди обследованных лиц 3-ю группу инвалидности имели 20 (66,7 %) пациентов, 2-ю — 2 (6,7 %), не имели группы — 8 (26,6 %). Причина инвалидности у всех — общее заболевание. Активным трудом были заняты 4 (13,3 %) человека, не работали — 86,7 %.

В группу исследования включено 35 пациентов с патологией терапевтического профиля и неврологическими заболеваниями. Мужчин — 19 (54,3 %), женщин — 16 (45,7 %) Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 4,9$ года. Активным трудом были заняты 17 (48,6 %) человек, 14 (40 %) — не работали, 3 (8,6 %) — были пенсионерами по возрасту. Инвалидами на момент обследования являлись 33 (94,3 %) человека, в том числе: 3-я группа была установлена 5 (14,2 %) пациентам, 2-я — 25 (71,4 %), 1-я — 3 (8,6 %) пациентам. Причина инвалидности у всех — общее заболевание.

Для решения поставленных в исследовании задач сформирована целевая выборка, состоящая из 31 пациента с ССЗ и ортопедотравматологическими заболеваниями. Мужчин было 18 (58,1 %), женщин — 13 (41,9 %). Средний возраст пациентов составил $48,9 \pm 4,8$ года. Среди обследованных лиц 3-ю группу инвалидности имели 14 (45,4 %) пациентов, 2-ю — 15 (48,4 %), 1-ю — 2 (6,4 %). Причина инвалидности у всех — общее заболевание.

При исследовании применялись такие методы, как статистический, социологический, клинический, информационно-аналитический, сравнительного и системного анализа.

Методы обследования соответствовали наиболее значимым в оценке клинко-функционального состояния, включенным в протоколы диагностики и лечения.

Обработка осуществлялась с помощью пакета программ статистической обработки материала «Microsoft Excel», «Statistica», 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая трудоспособность — это способность к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами, которые относятся к категории самообслуживания.

Исходя из данного определения, при оценке общей трудоспособности освидетельствование проводится по двум составляющим: способность к самообслуживанию и способность к осуществлению действий по ведению быта.

Критерием оценки утраты общей трудоспособности является снижение способности к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельное передвижение, приготовление пищи, сохранение в порядке жилья, имущества, одежды, осуществление ухода за животными и другие, которые относятся к категории самообслуживания) и (или) любых видов неквалифициро-

ванного труда. Способность к самообслуживанию — это способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, осуществлять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, что обеспечивает эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде [3].

Медицинская экспертиза на предмет оценки степени утраты общей трудоспособности осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Определение степени утраты общей трудоспособности включает интегрированную клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведенную в соответствие с критериями и параметрами оценки указанных нарушений, для чего необходимо определить: степень выраженности указанных нарушений; характер и тяжесть течения заболевания, активность патологического процесса; иные показатели, оказывающие влияние на состояние общей трудоспособности пациента.

Оценка степени утраты общей трудоспособности у пациентов при наличии нескольких заболеваний (травм) определяется отдельно и индивидуально в отношении каждого заболевания (травмы).

Количественная оценка степени утраты общей трудоспособности заключается в определении утраты общей трудоспособности, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 5 до 100 %, с минимальным шагом в 5 % (в некоторых случаях — 10 %). Степень утраты общей трудоспособности при острых заболеваниях и травмах и (или) в период временной нетрудоспособности оценивается как 100 %.

При оценке нарушений функции органов и систем используется ранжирование медицинских критериев последствий заболеваний и травм по четырем степеням (функциональные классы — ФК): 1-я степень нарушений — легкие (незначительно выраженные) нарушения функции (ФК 1); 2-я степень нарушений — умеренные (умеренно выраженные) (ФК 2); 3-я степень нарушений — выраженные (ФК 3); 4-я степень нарушений — резко выраженные (ФК 4).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих степень ограничения основных категорий (критерии) жизнедеятельности человека (используемых при установлении инвалидности), выделяют пять функциональных классов их количественной выраженности (в процентах) — от полной нормы (0 %) до резкого ограничения той или иной способности (100 %): ФК 0 — отсутствие нарушений жизнедеятельности или незначительные (0–4 %); ФК 1 — легкое нарушение жизнедеятельности (5–24 %); ФК 2 — умеренно выраженное (25–60 %); ФК 3 — выраженное (61–90 %); ФК 4 — резко выраженное (91–100 %).

Критерии оценки утраты общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотноотягающей патологии органов и систем организма.

Процент утраты общей трудоспособности устанавливается на основании инструкции по применению № 248-1215, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь 8 декабря 2015 г. «Критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм» [4]:

1) при наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности;

2) выбирается максимально выраженное в процентах функциональное нарушение и устанавливается ссылка на пункт клинико-функциональной характеристики нарушений и соответствующую степень утраты профессиональной трудоспособности, установленную в связи с данным нарушением в данной инструкции;

3) в случае установления факта взаимоотноотягающего влияния иных функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности максимального в процентах функционального нарушения производится расчет — совокупная оценка степени функциональных нарушений. При наличии указанного влия-

ния совокупная оценка степени нарушения функции органов и систем организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов в совокупности;

4) в случае если у пациента диагностируются функциональные нарушения разной степени выраженности со стороны иных органов и систем организма, не оказывающие взаимоотягощающего влияния на степень выраженности друг друга, данные нарушения в расчет не включаются, их суммарная оценка не производится;

5) совокупная оценка степени функциональных нарушений производится при расчете средневзвешенного значения показателя и осуществляется по следующей формуле:

$$P_{\text{в}} = \frac{P_1 \times Y_1 + P_2 \times Y_2 + \dots + P_{n-1} \times Y_{n-1} + P_n \times Y_n}{100}$$

где $P_{\text{в}}$ — значение рассматриваемого показателя;

P_{n-1} — конкретное числовое значение каждого из рассматриваемых показателей (значение в процентах);

Y_{n-1} — вес каждого из рассматриваемых показателей в общей их сумме (балльное значение);

n — общее количество рассматриваемых показателей.

Удельный вес каждого процентного соотношения принят условно, соответственно, как 1, 2, 3, 4 балла:

5–25 % — 1 балл, 26–50 % — 2 балла, 51–75 % — 3 балла, 76–100 % — 4 балла;

б) максимально выраженное в процентах функциональное нарушение суммируется со средневзвешенным значением для получения показателя утраты общей трудоспособности.

Пример 1. Пациентка В., 56 лет. Диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелая форма с частыми обострениями (более 6 раз в год). ДН 2 ст. (п. 1.1.1.6 — 70 %).

Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения ФК 3. Постинфарктный (2017 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий Н 2А. (п. 22.1.7 — 70 %).

Цирроз печени субкомпенсированный, с выраженными признаками активности; умеренной портальной гипертензией (класс В по Чайлд-Пью) (п. 3.4.2.3 — 70 %).

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, ХАН 3 слева, ХАН 2 справа (п. 2.4.1.5 — 60 %).

$$P_{\text{в}} = \frac{70\% \times 3 + 70\% \times 3 + 70\% \times 3 + 60\% \times 3}{100} = 8,3.$$

Итог: степень утраты общей трудоспособности — 70 % + 8,1 % = 78,1 %.

Пример 2. Пациент Д., 59 лет.

Диагноз: ИБС: стенокардия напряжения ФК 2. Атеросклеротический кардиосклероз атеросклероз аорты, коронарных артерий. Н 2А (п. 2.2.1.4 — 50 %). Артериальная гипертензия 2-й ст., риск 4, с кризами неосложненными, средней частоты (п. 2.1.1.2 — 40 %).

Сахарный диабет, тип 1, тяжелое течение. Диабетическая нефропатия с ХПН 3, ХБП 4 ст. (п. 4.1.1.5 — 70 %). Диабетическая пролиферативная ретинопатия. Диабетическая антипатия, ХАН 3, синдром диабетической стопы 5 стадии. Дистальная сенсомоторная невропатия (п. 11.2.5.3 — 70 %).

Отдаленные последствия перенесенного ОНМК (2015 г.), умеренный гемипарез нижних конечностей, ФК2 (п. 6.1.3 — 40%).

$$P_{\text{в}} = \frac{50\% \times 2 + 40\% \times 2 + 70\% \times 3 + 70\% \times 3 + 40\% \times 2}{100} = 6,8.$$

Итог: степень утраты общей трудоспособности 70 % + 6,8 % = 76,8 %.

Использование критериев оценки степени утраты общей трудоспособности у пациентов с одной и той же группой инвалидности позволяет определить ее в различной мере, что способствует более точной дифференцировке степени социальной недостаточности, а в последующем поможет дифференцировать объемы как реабилитационной, так и социальной помощи, а также реабилитационных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудков, Р. А. Коморбидность, мультиморбидность, полипатии — три взгляда на сочетанную патологию / Р. А. Гудков, О. Е. Коновалов // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2015. — № 1. — С. 39–44.
2. Оценка утраты общей трудоспособности в практике МСЭ / В. Б. Смычек [и др.] // Здоровоохранение. — 2016. — № 7. — С. 26–30.
3. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.10.2007 № 97: текст по состоянию на 1 янв. 2018 г. — Минск, 2007. — 27 с.
4. Критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм / В. Б. Смычек [и др.]; под общ. ред. В. Б. Смычка // Инструкция по применению № 248–1215, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь, 8 дек. 2015 г. — Городище, 2016. — 122 с.

УДК 159.955.1:330.16]:61-057.875

РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гапанович-Кайдалов Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современная система образования становится все более прагматичной. В условиях нарастающей конкуренции на рынке труда востребованными становятся специалисты, умеющие нестандартно и неординарно мыслить, использующие творческий подход в профессиональной деятельности, эффективно решающие экономические задачи. Студенты разных специальностей должны быть готовы принимать рациональные решения в конкретной экономической ситуации и нести ответственность за экономический результат своей профессиональной деятельности. Различные аспекты проблемы экономической компетентности студентов рассматриваются в целом ряде современных исследований: экономическое образование и экономическое мышление в информационном обществе (В. М. Соколинский и др.), иррациональность экономического мышления студентов неэкономических специальностей (К. Н. Апушкина), формирование экономического мышления при изучении английского языка (Ю. Ф. Родиченков), формирование экономического мышления студентов в техническом вузе (М. М. Хайкин, В. А. Базжина [1]) и др.

Сегодня для улучшения условий ведения бизнеса предпринимаются значительные усилия. Республика Беларусь заняла 38-е место среди 190 стран в рейтинге Всемирного банка «Doing Business-2018». Необходимость фундаментальных экономических знаний для современного специалиста очевидна в условиях, когда выбран курс на развитие предпринимательской инициативы, стимулирование деловой активности [2]. Поэтому важнейшей задачей системы образования является формирование экономического мышления студентов: умения принимать рациональные решения в той или иной экономической ситуации на основе практического опыта и сознавать собственную ответственность за полученный результат (Л. И. Абалкин, В. С. Дудик, О. Ю. Мазанова, В. Д. Попов и др.).

Несомненно, студенты медицинских вузов также нуждаются в специальных экономических знаниях и должны быть компетентны, например, в области управления здравоохранением.

Формирование экономического мышления актуально для студентов медицинского университета, во-первых, потому, что «частный сектор здравоохранения с каждым годом

становится все более значимым и востребованным», поскольку удовлетворяет потребности населения в медицинском обслуживании более качественно, чем государственная система здравоохранения» (М. А. Мажинская [3]). Во-вторых, имеет место рост государственных инвестиций в здравоохранение, расширение спектра платных медицинских услуг, оказываемых государственными медицинскими учреждениями. Медицинский работник сегодня должен ориентироваться в вопросах финансирования здравоохранения, медицинского страхования, маркетинга медицинских услуг и др. Однако действующая типовая программа предполагает сокращение количества часов на изучение экономической теории примерно на 60 %, что способствует формальному подходу к изучению студентами этой «непрофильной» дисциплины.

Понятие «экономическое мышление» в настоящее время не имеет однозначного определения. Как правило, под экономическим мышлением понимается умение принимать рациональные решения; действовать в ситуации выбора, осознавая собственную ответственность за него; уметь определять цель своих действий и оценивать альтернативы (А. В. Медведева [4]). В нашем исследовании мы будем ориентироваться на более строгое определение О. В. Карсунцевой, которая рассматривает экономическое мышление как процесс осмысления работником реальных хозяйственных ситуаций и принятие решений, повышающих эффективность трудовой деятельности, которые определяют экономическое поведение работника и стиль хозяйственной деятельности [5].

Цель

Оценить понимание студентами сущности экономического мышления и его значения для профессиональной деятельности врача.

Материал и методы исследования

Выборку исследования составили студенты 1-го курса Гомельского государственного медицинского университета ($n = 65$). Для сбора эмпирических данных нами была разработана специальная анкета, которая была апробирована с помощью онлайн-системы для создания опросов и анкет survio.com. Анкета включала вопросы об отношении студентов к изучению экономики, их понимании термина «экономическое мышление», а также взаимосвязи экономического мышления и успешности профессиональной деятельности врача. Для анализа результатов исследования применялись статистические методы группировки и ранжирования эмпирических данных, вычисления мер центральной тенденции, критерий ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Мы стремились оценить, в какой степени студенты медицинского университета интересуются вопросами экономики. Медианная оценка интереса к экономике по 10-балльной шкале составила $Md = 5$. При этом более 81 % респондентов поставили оценки менее 7 баллов. На вопрос, с чем, у студентов ассоциируется экономическое мышление, были получены ответы: экономические знания (44,9 %), рациональный экономический выбор (32,7 %), планирование доходов и расходов (73,5 %), правильная оценка экономического риска (53,1 %), предприимчивость (26,5 %). Участники исследования также оценивали по 10-балльной системе значимость для профессиональной деятельности врача экономического мышления ($Md = 6$), экономических знаний ($Md = 5$), умения конкурировать на рынке труда ($Md = 7$), деловой активности ($Md = 8$), предпринимательской инициативы ($Md = 7$). Все эти факторы коррелируют с экономическим мышлением ($p < 0,01$), однако максимальные значения коэффициента корреляции получены для экономических знаний ($r = 0,69$) и умения конкурировать на рынке труда ($r = 0,65$).

Неформальный подход к преподаванию экономической теории самого преподавателя, использование актуальной экономической информации, учет экономических потребностей студентов позволяет создать учебную мотивацию не только для усвоения знаний на занятиях, но и для самостоятельной работы. Для достижения цели развития экономического мышления студентов целесообразно использовать творческие задания, проблемные ситуации, эссе. Например, организация дискуссии по темам «Аргументы «за» и «против»

страховой медицины в Республике Беларусь» или «За» и «против» импортозамещения в сфере производства лекарств» и др. Предлагая свои аргументы и обосновывая свою позицию по предложенной проблеме, студенты медицинского университета учатся применять на практике экономические знания, анализировать экономические явления и процессы.

Таким образом, студенты 1-го курса, с одной стороны, обнаруживают слабый интерес к экономическим знаниям, с другой — они интуитивно ассоциируют экономическое мышление с планированием доходов и расходов, правильной оценкой экономического риска. В то же время будущие врачи понимают необходимость для специалиста в современных условиях деловой активности и умения конкурировать на рынке труда. Выявленная корреляция подтверждает, что в сознании студентов экономическое мышление специалиста взаимосвязано, прежде всего, с экономическими знаниями и умением конкурировать на рынке труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хайкин, М. М. Проблемы преподавания экономической теории в техническом вузе / М. М. Хайкин, В. А. Базжина // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент». — 2014. — № 2(17). — Режим доступа: http://economics.ihbt.ifmo.ru/journal/525/journal_525.htm. — Дата доступа: 21.02.2018.
2. О развитии предпринимательства: Декрет Президента Республики Беларусь от 23 ноября 2017 г. № 7 // Нац. реестр правовых актов Республики Беларусь от 24.11.2017. — 2017. — 1/17364.
3. Мажинская, М. А. Анализ развития государственного и частного секторов белорусского здравоохранения / М. А. Мажинская // Экономика и управление. — 2012. — № 3. — С. 106–112.
4. Медведева, А. В. Формирование экономического мышления школьников / А. В. Медведева // Инновационная наука. — 2016. — № 4. — С. 156–158.
5. Карсунцева, О. В. Стратегические проблемы и задачи управления производственным потенциалом предприятий машиностроения / О. В. Карсунцева // Вестник Самарского муниципального института управления. — Самара, 2013. — № 1 (24). — С. 104–114.

УДК 618.146-006.6-055.2:313.14]:613.99

ВЫЯВЛЕНИЕ РЕЗЕРВОВ ПО СОХРАНЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Гарелик Т. М.¹, Наумов И. А.²

¹Учреждение здравоохранения

«Гродненская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Сохранение репродуктивного здоровья (РЗ) женского населения является приоритетом деятельности здравоохранения Республики Беларусь и реализуется преимущественно на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). При этом одними из основных критериев ее качества являются показатели заболеваемости и смертности от основных неинфекционных болезней, в том числе и онкологических.

Среди онкологических заболеваний женского населения, значительно ухудшающих не только состояние РЗ, но и прогноз жизни, вторым по частоте встречаемости является рак шейки матки (РШМ) [1].

Так, ежегодно в мире впервые выявляется более 500 тыс. новых случаев инвазивного РШМ, стандартизованные показатели заболеваемости в Европейском регионе варьируют от 4 до 21 случая на 100 тыс. населения (в Беларуси — 12–15⁰/₁₀₀₀) с устойчивой тенденцией к росту [2].

Развитию инвазивного РШМ предшествуют различные формы цервикальной интраэпителиальной неоплазии, включая преинвазивный РШМ *in situ*, являющиеся прогностически благоприятными этапами мультифакторного канцерогенеза, который все еще недостаточно изучен [3]. В этой связи созданию новой базы данных в области оценки репродуктивного потенциала пациенток, страдающих РШМ, основанной на использовании между-

народных стандартов по изучению сложившейся клинико-эпидемиологической ситуации и анализе диагностических ошибок, а также поиску резервов по сохранению их РЗ придается важнейшее значение, что в полной мере соответствует задачам Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. [4]. Именно эти данные, полученные, в том числе и на региональном уровне, должны стать основой для внедрения новых технологий сохранения РЗ пациенток, что и определяет актуальность исследования.

Цель

Выявить резервы в сохранении РЗ пациенток, страдающих РШМ.

Материал и методы исследования

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Оценка состояния репродуктивного здоровья женщин, проживающих в г. Гродно и Гродненской области, на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению», срок выполнения — 2018–2020 гг. (№ гос. регистрации 20180469 от 25.04.2018 г.).

Проведен анализ первичной медицинской документации пациенток, страдавших РШМ, по шифрам С 53 и D 06 Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Изучены медицинские карты амбулаторного больного (ф №25/у), истории болезни (ф № 003/у-07), извещения о впервые установленных случаях злокачественных новообразований (ф № 090/у-16), протоколы на случай выявления у пациента формы злокачественного новообразования в III стадии визуальных локализаций и (или) в IV стадии всех локализаций (ф № 027-2/у-13). В работе использованы также данные канцер-регистра Гродненской областной клинической больницы за 2012–2016 гг.

Данные о заболеваемости в организациях здравоохранения Гродненской области за 2012–2016 гг. были представлены в абсолютных значениях и показателях на 100 тыс. женского населения в разрезе возрастных групп. Для оценки стадии РШМ использована Международная классификация TNM (6-е издание, 2002) и FIGO (1994).

В процессе исследования применена методология экспертной оценки качества оказания медицинской помощи (максимальный показатель принимался равным 100 %).

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Statistica», 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что в Гродненской области в 2012–2016 гг. охват организованным популяционным скринингом РШМ на уровне ПМСП осуществлялся в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 г. № 96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации». Скрининг был основан на морфологической верификации данного заболевания (цитологический и гистологический методы) и дополнялся тестированием на наличие вируса папилломы человека с определением вирусной нагрузки, а выбор стратегии диагностики проводился на основе таких показателей, как чувствительность, специфичность, предсказуемость значений положительного и отрицательного тестов [5].

За пятилетие уровень охвата женского населения организованным скринингом составил $92,21 \pm 1,63$ %. При этом был выявлен 1171 случай РШМ. Показатель первичной заболеваемости составил $0,14$ $^{0}/_{0000}$. Превышение среднеобластного показателя было зарегистрировано в 10 районах региона. Наиболее высокие уровни зарегистрированы в зонах обслуживания Дятловской ($0,36$ $^{0}/_{0000}$), Новогрудской ($0,29$ $^{0}/_{0000}$) и Кореличской ($0,27$ $^{0}/_{0000}$) центральных районных больниц.

Как известно, одним из основных факторов прогноза, определяющих течение заболевания, состояния РЗ и жизни пациентки, страдающей РШМ, является степень распространения опухолевого процесса на момент диагностики [7]. Нами установлено, что в структуре впервые выявленных форм превалировал РШМ *in situ* (61,5 %), что свидетельствует об относительной эффективности скрининга на уровне ПМСП. Процентная доля пациенток с I стадией процесса составила 16,1 %, со II — 14,3 %, с III — 6 %, с IV стадией — 2,1 %.

Среди пациенток с РШМ *in situ* показатели первичной заболеваемости оказались в среднем в 1,5 раза более высокими, чем среди заболевших инвазивным раком: соответственно, $25,52 \pm 4,56$ и $16,06 \pm 1,53$ на 100 тыс. женского населения. Причем динамика показателей заболеваемости РШМ оказалась разнонаправленной.

Случаи первичной заболеваемости неинвазивным РШМ регистрировались во всех возрастных группах пациенток. Причем в связи с наиболее высоким процентным уровнем охвата организованным скринингом среди впервые выявленных случаев заболевания значительное большинство (77,9 %) ожидаемо составили РШМ *in situ*, зарегистрированные у женщин репродуктивного возраста (15–49 лет).

На протяжении пятилетия в группах женщин репродуктивного возраста (за исключением пациенток младше 20 лет) значения показателей заболеваемости РШМ *in situ* значительно превышали аналогичные среди заболевших в возрасте старше 50 лет. Причем среди женщин 30–39 лет средние значения показателя ($58,14 \pm 3,26$ /₀₀₀₀) превысили аналогичные в старшей возрастной группе ($13,82 \pm 1,98$ /₀₀₀₀) почти в 4 раза ($t = 5,48$; $p < 0,01$).

Группой повышенного риска оказались женщины именно активного репродуктивного возраста, причем преимущественно из промискуитетной группы с исходно неудовлетворительным состоянием РЗ, для которых были характерны невысокий образовательный уровень (высшее образование имели 11,9 % женщин), раннее начало половой жизни (в среднем в $14,9 \pm 0,29$ года), незащищенные половые контакты (86,9 % пациенток) и частая смена сексуальных партнеров (в среднем $7,13 \pm 0,67$), наличие инфекций, передающихся половым путем (85,3 %), аборт в анамнезе и травмы шейки матки (71,9 %), а также роды в возрасте 15–18 лет и высокий их паритет (62,9 %).

По-видимому, существенной отягощенностью полового анамнеза можно объяснить и выявленную нами тенденцию поступательного роста первичной заболеваемости РШМ *in situ* среди женщин в возрасте 50 лет и старше: за пятилетие уровень показателя возрос на 85,8 % и в 2016 г. достиг 19,74 на 100 тыс. женского населения.

В связи с рациональной организацией скрининга уровни заболеваемости среди всех пациенток репродуктивных возрастов, страдающих РШМ I–II стадий, оказались существенно более низкими, чем среди заболевших неинвазивной формой рака. Причем пик заболеваемости пришелся на возрастную категорию 40–49 лет — $22,77 \pm 3,61$ /₀₀₀₀.

Несмотря на проведение организованного скрининга, в 2012–2016 гг. было зарегистрировано 97 случаев заболевания в III–IV стадиях. Возрастная структура этих пациенток оказалась следующей: 20–29 лет — 3,1 % женщин, 30–39 лет — 9,3 %, 40–49 лет — 30,9 %, 50–59 лет — 26,8 %, 61–70 лет — 13,4 %, от 71 года и старше — 16,5 %.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи позволила выявить ее резервы на уровне ПМСП. Так, наиболее типичными отрицательными отклонениями были: длительное отсутствие диспансерного наблюдения (более 1 года), что оказалось характерным для пациенток старше 50 лет, проживавших в сельских поселениях — 59,8 %; недостаточный объем диагностических мероприятий — 57,7 %; неполный сбор анамнеза — 43,3 %; нечеткое знание персоналом отраслевых стандартов — 42,3 %; несвоевременность направления в медицинские учреждения областного уровня при наличии показаний — 40,2 %; несвоевременность госпитализации при наличии показаний — 29,9 %.

Таким образом, резервами по сохранению РЗ пациенток, страдающих РШМ, являются их активная социализация, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, а также повышение качества оказания медицинской помощи на уровне ПМСП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global cancer statistics / A. Jemal [et al.] // *Cancer Journal for Clinicians*. — 2011. — Vol. 61. — P. 69–75.
2. Рак шейки матки в Республике Беларусь. Эпидемиология и состояние онкологической помощи / А. Е. Океанов [и др.] // *Онкологический журнал*. — 2013. — Т. 7, № 4 (28). — С. 20–27.
3. Kesic, V. Prevention of cervical cancer in Central and Eastern Europe and Central Asia: a challenge for the future / V. Kesic // *Vaccine*. — 2013. — Vol. 31. — P. 7–9.
4. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN=P31100357. — Дата доступа: 28.09.2017.
5. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия: возможности диагностики и лечения / Л. И. Мальцева [и др.] // *Практическая медицина*. — 2012. — № 9 (65). — С. 52–55.

УДК 616-08-039.71

МЕДИЦИНСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Глушанко В. С., Алфёрова М. В., Орехова Л. И., Рубанова О. С.

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель

Научное обосновать и внедрить в практическое здравоохранение и в образовательный процесс медицинских, фармацевтических и организационных составляющих интегрированной профилактики социальной патологии.

Материал и методы исследования

В исследование были включены пациенты амбулаторно-поликлинических учреждений и госпитализированные с различной социальной патологией (болезнями системы кровообращения, онкопатологией, желчнокаменной болезнью, патологией органов дыхания и др.).

Изучалась система здравоохранения и лекарственного обеспечения Республики Беларусь и других стран.

В работе использованы такие научные методы и методики, как исторический, логический, контент-анализ, социально-гигиенический, метод экспертных оценок, социологический, метод натурального наблюдения и организационного эксперимента.

Проведен системный анализ здоровья населения Республики Беларусь в контексте Национальной программы демографической безопасности на 2011–2015 годы, утвержденной указом Президента Республики Беларусь 11.08.2011 г. № 357, и Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 годы», утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь 14.03.2016 г. № 200.

Проанализированы структурные элементы белорусской модели здравоохранения, дана оценка ее результативности, раскрыта модернизационная составляющая (по этапам) инновационного развития здравоохранения республики, раскрыты динамические тренды смертности как факторы угрозы национальной безопасности государства [1]. Исследовано правовое обеспечение, лицензирование, аккредитация медицинской помощи, развитие рынка платных медицинских услуг.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенными исследованиями доказано, что смертность населения, особенно трудоспособного возраста, в Республике Беларусь может представлять реальную угрозу развитию государства в будущем. Так, на фоне снижения за анализируемый период общих показателей смертности трудоспособного населения в целом по стране на 26,5 % и снижения смертности населения практически по всем основным классам причин смерти смертность от новообразований возросла на 2,4 %. При этом показатели смертности мужчин в среднем в 4,2 раза выше, чем женщин. Мероприятия, проводимые работниками здравоохранения по снижению показателей смертности и летальности, обеспечивают увеличение численности работников сферы материального производства реального сектора экономики страны [2].

Предложен комплекс мер по сохранению и укреплению здоровья работников льноперерабатывающих предприятий. Обосновано, что комплексные долгосрочные и дифференцированные программы должны разрабатываться с учетом воздействия факторов производственной среды на здоровье работающих с одновременным анализом относительных рисков для различных нозологических форм, что позволяет выбирать наиболее значимые направления проводимых мероприятий по укреплению здоровья трудоспособного населения [3].

Определены приоритетные направления реализации белорусской модели здравоохранения как базиса интегрированной профилактики неинфекционной патологии: деятель-

ность системы здравоохранения Республики Беларусь в последние десятилетия направлена на улучшение качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания. По результатам независимых экспертных оценок достижения в области здравоохранения признаны мировым профессиональным сообществом. Национальной особенностью функционирования системы здравоохранения республики является полный охват населения медицинской помощью и фармацевтическими услугами.

Обосновано, что платные медицинские услуги необходимо рассматривать в качестве средства создания инновационных фондов для лечебно-профилактических организаций. В Республике Беларусь цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством страны, уполномоченными на то органами исполнительной власти. При этом рынок лечебно-профилактических услуг, лекарственных средств и товаров достаточно динамичен за счет появления на нем объектов здравоохранения и фармации различных организационно-правовых форм. Доказано, что развитие платных медицинских услуг, являющихся дополнительными к гарантированным государством минимальным социальным стандартам, способствует увеличению валового дохода за счет ускорения развития сферы услуг, оптимизации и расширения спектра и объемов услуг, а также повышению их качества, конкурентоспособности и обеспечению доступности для всех слоев населения. Необходимо развивать сферу платных медицинских услуг в регионах посредством улучшения инфраструктуры в здравоохранении, внедрения новых медицинских технологий и современного оборудования в области профилактики, диагностики и лечения, а также формирования системы, оптимально сочетающей медицинскую помощь за счет бюджета и платные медицинские услуги.

Анализ исторических аспектов проблемы преобладания неинфекционной патологии в современном обществе требует оценки ее реальной распространенности, разработки эффективных мероприятий по снижению факторов риска у населения и формирования ответственного отношения к собственному здоровью. Стратегической задачей системы здравоохранения является прогнозирование неинфекционной патологии на основе геоинформационных технологий и их пространственного анализа, что позволит оптимизировать процесс выбора стратегий и принятия управленческих решений. Для оперативного руководства и повышения эффективности управления здравоохранением важнейшим индикатором комплексной оценки здоровья населения является показатель потерянных лет потенциальной жизни по предотвратимым причинам смертности.

Многофакторный мониторинг медицинских, социальных и экономических последствий потребления алкоголя, проводимый на республиканском или региональном уровнях, позволяет дать комплексную динамическую оценку и проанализировать уровень распространения данной проблемы, выделить наиболее значимые последствия, провести рейтинг определяющих их факторов и научно обосновать направления реализации профилактических мероприятий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на административной территории, которые могут быть включены в национальные и региональные программы, направленные на снижение уровня вреда, связанного с потреблением алкоголя [4].

Определены инновационные подходы к формированию здорового образа жизни в контексте реализации здоровьесберегающих технологий человеческого потенциала; описана современная основа повышения потенциала и эффективности здорового образа жизни в формировании культуры здоровья.

Учитывая недостаточное осознание населением молодого возраста ценности жизни, отсутствие должного отношения к своему и чужому здоровью, окружающей среде, мы разработали и внедрили инновационные подходы и технологии обучения навыкам здорового образа жизни населения, которые направлены на личностно-развивающую ориентацию информационно-образовательного процесса с его практической направленностью. Ключевыми аспектами данной работы являются: создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни; информированность населения (с учетом целевой аудитории) о факторах риска, угрожающих здоровью; формирование самосохрани-

тельного поведения; сокращение уровня смертности; улучшение показателей здоровья и др. Также разработана специальная система обучения, в основу которой положены как традиционные, так и инновационные подходы: интерактивные формы и методы обучения, основанные на активной вовлеченности субъекта воздействия, межличностном взаимодействии и коммуникации.

Выводы

1. Основные направления интегрированной профилактики социальной патологии позволяют оптимизировать организацию оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения в Республике Беларусь, улучшить медико-демографические показатели и показатели заболеваемости, сформировать приверженность к здоровому образу жизни у различных слоев населения.

2. Практическая реализация научно обоснованной стратегии профилактики социально-значимой патологии будет способствовать обеспечению демографической безопасности государства.

3. Ретроспективный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников РУТПТ «Оршанский льнокомбинат» по причине терапевтической патологии органов дыхания позволяет оценивать результативность профилактических медицинских осмотров работников льноперерабатывающих предприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глушанко, В. С. Реализация белорусской модели здравоохранения и приоритетные направления ее дальнейшего развития / В. С. Глушанко, Е. В. Михневич, М. В. Алфёрова // Вестник ВГМУ. — 2016. — Т. 15, № 1. — С. 74–83.
2. Глушанко, В. С. Системный подход к пониманию психологического дистресса как фактора риска сердечно-сосудистой патологии / В. С. Глушанко, Л. И. Орехова // Международный научно-практический журнал КАРДИОЛОГИЯ в Беларуси. — 2017. — Т. 9, № 2. — С. 187–188.
3. Ефремова, Л. А. Аналитическая составляющая самооценки качества здоровья работниками РУТПТ «Оршанский льнокомбинат» / Л. А. Ефремова, В. С. Глушанко, Г. Д. Коробов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2017. — Т. № 3 (92). — С. 72–79.
4. Колосова, Т. В. Смертность городского и сельского населения Витебской области от воздействия внешних причин / Т. В. Колосова, В. С. Глушанко, Н. О. Шруб // Материалы 72-й научной сессии сотрудников университета, 25–26 янв. 2017 г.; редакционный совет: д.м.н. В. И. Петухов [и др.]. — Витебск, 2017. — С. 515–517.

УДК 616.1/2-071:616-084.3

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ПРОБ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ

Дюрдь Т. И., Слободская Н. С.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Согласно Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года, представляющей собой государственную стратегию общественного здоровья, приоритетным направлением является профилактическая деятельность. Проблема оценки состояния индивидуального здоровья человека и контроль за изменениями его уровней приобретают все более важное значение, особенно для лиц, подверженных высоким психоэмоциональным и физическим нагрузкам, а также для детей школьного возраста [1]. Рост заболеваний сердечно-сосудистой системы, особенно у лиц молодого возраста, требует новых подходов к их профилактике [2]. Донозологическая диагностика – новое научное направление, основанное на изучении состояний, пограничных между здоровьем и болезнью. Ее целью является раннее выявление преморбидных состояний в виде нарушения механизмов адаптации [3, 4]. Пробы с дозированной физической нагрузкой являются идеальным и самым естественным видом воздействия, позволяющим оценить полноценность компенсаторно-приспособительных механизмов организма и степень функциональной полноценности

сердечно-сосудистой и дыхательной систем [5]. Совершенствование методов оценки функциональных проб позволяет оценить функциональные резервы кардиореспираторной системы, ее адаптационные возможности, выявить отклонения в ее деятельности и разработать персонализированные профилактические мероприятия для предотвращения их развития и для полного восстановления функции.

Цель

Изучение состояния кардиореспираторной системы с помощью функциональных проб Штанге, расчета индексов Скибинской, Руфье, Робинсона, Квасова, коэффициента эффективности кровообращения и оценки резерва выносливости и адаптации у студентов-медиков.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 42 студента медицинского университета, из них юношей было 22, девушек — 20, возраст обследуемых — 20–23 года. В ходе исследования определяли их вес (кг), рост (м), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле; измеряли систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) в покое, число сердечных сокращений (ЧСС₁) после 20 приседаний и число сердечных сокращений (ЧСС₂) через 10 с, методом спирометрии определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ) (л), время задержки дыхания (мин). Оценивали функциональные кардиореспираторные пробы.

Проба Штанге — задержка дыхания на вдохе (с), свидетельствующая о чувствительности организма к недостатку кислорода и о тренированности организма: после 2–3 глубоких вдохов-выдохов глубоко выдохнуть и задержать дыхание на максимально возможное время, хорошим показателем является способность задержки дыхания на вдохе на 40–50 с для нетренированных людей и на 60–90 с — для тренированных. При заболеваниях или переутомлении время задержки дыхания снижается.

Индекс Скибинской (ИС) [$0,01 \times \text{ЖЕЛ} \times \text{время задержки дыхания} \times \text{ЧСС}$] оценивает состояние кардиореспираторной системы и системы обеспечения организма кислородом, позволяет установить уровень физического развития в баллах: количество баллов меньше 500 — «неудовлетворительное», 600–1000 — «удовлетворительное», 1000–2000 — «хорошее», 2100–4000 — «очень хорошее».

Проба Руфье — переносимость динамической нагрузки, подсчитывается ЧСС в положении стоя, затем сразу после 20 приседаний и через 10 с, рассчитывается индекс Руфье — $[(\text{ЧСС} + \text{ЧСС}_1 + \text{ЧСС}_2) - 200] / 10$, являющийся критерием оптимальности вегетативного обеспечения сердечно-сосудистой системы при выполнении физической нагрузки малой интенсивности. Оценка индекса Руфье: до 5 — «отлично», 5–10 — «хорошо», 10–15 — «удовлетворительно», выше 16 — «плохо».

Индекс Квасова, или коэффициент выносливости — $[(\text{ЧСС} \times 10) / (\text{САД} - \text{ДАД})]$, определяет степень тренированности сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки; показатель нормы — 16, увеличение является показателем детренированности сердечно-сосудистой системы.

Коэффициент эффективности кровообращения — $[(\text{САД} - \text{ДАД}) \times \text{ЧСС}]$, используется для оценки уровня обменных процессов в миокарде, возрастает при утомлении. В норме коэффициент эффективности кровообращения — 2600.

Индекс Робинсона — $[\text{ЧСС} \times \text{САД} / 100]$, является одним из критериев функционального состояния сердечно-сосудистой системы, определяет уровень обменно-энергетических процессов в миокарде, с помощью которого можно выявить скрытые формы сердечной недостаточности. Оценка индекса Робинсона: меньше 70 — «высокий», 70–84 — «выше среднего», 85–94 — «средний», 95–110 — «ниже среднего», более 111 — «низкий».

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы «Statistica», 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты показали, что средний возраст составил у юношей и девушек 20 (22; 21) и 20,9 (20; 20,5) года соответственно; средний ИМТ — 23 (22; 26) кг/м² у юно-

шей и 19 (17; 26) кг/м² у девушек, при этом нормальный ИМТ имели 63 % юношей, избыток массы тела — 37 %; у девушек нормальный ИМТ имели 75 %, недостаток массы тела — 20 %, избыток — 5 %.

Среднее САД у юношей составило 120 (120; 120) мм рт. ст., среднее ДАД — 80 (80; 80) мм рт. ст., ЧСС — 70,5 (64; 80) ударов/мин, у девушек — 110 (100; 120) мм рт. ст., 70 (60; 80) мм рт. ст., ЧСС — 92 (80; 103) уд/мин.

Среднее время задержки дыхания на вдохе (проба Штанге) у юношей 36 (31; 40) секунд, из них только у 32 % время соответствовало нормальному для нетренированного организма, у девушек среднее время составило 28 (24; 36) с и у всех обследуемых не соответствовало норме. Эти показатели свидетельствуют о низкой тренированности организма и его переутомлении.

Средние показатели индекса Скибинской составили у юношей 2354 (1748; 2885), при этом у 32 % этот показатель оценивался как «хороший», у 68 % — «очень хороший»; у девушек среднее значение составило 1517 (1017; 1785): оценку «хорошо» имели 80 %, «удовлетворительно» — 20 % девушек.

Среднее значение индекса Руфье у юношей составило 3,9 (2; 6), что свидетельствует об оптимальности вегетативного обеспечения сердечно-сосудистой системы при выполнении физической нагрузки малой интенсивности, при этом у 64 % адаптация оценивалась как «отличная»; у 36 % — как «хорошая». У девушек среднее значение — 4,6 (2; 7), оценка «отличная» — у 36 %, «хорошая» — у 64 %.

Средний индекс Квасова у юношей 17 (17; 17), у девушек — 18,5 (14; 25), что свидетельствует о несколько сниженной тренированности организма, только у 27 % юношей и 20 % девушек индекс Квасова соответствовал норме.

Средние значения коэффициента эффективности кровообращения составили у юношей 2960 (2560; 3120), у девушек — 2969 (2340; 3600), только у 27 % юношей и 10 % девушек этот показатель ниже 2600, что свидетельствует о хорошем уровне обменных процессов в миокарде, у большинства же студентов отмечается утомление организма.

Среднее значение индекса Робинсона у юношей — 85 (77; 94), у девушек — 86 (68; 103), что соответствует «средней» оценке потребления кислорода и обменно-энергетических процессов в миокарде. Среди юношей и девушек значение «выше среднего» имели 50 и 25 %, «среднее» — 30 и 50 % и «ниже среднего» — 20 и 20 % соответственно, у 5 % девушек индекс был «высоким».

Проведенные пробы позволили оценить функциональные резервы кардиореспираторной системы и ее адаптационные возможности у студентов-медиков. Исследование показало, что большинство студентов имеют хороший уровень обменно-энергетических процессов в миокарде, высокую устойчивость кардиореспираторной системы и ее оптимальное вегетативное обеспечение при выполнении физической нагрузки малой интенсивности. Однако у некоторых студентов отмечается снижение кислородной обеспеченности организма, коэффициента выносливости и коэффициента эффективности кровообращения, что свидетельствует о детренированности кардиореспираторной системы, а также об утомлении организма. Студентам с признаками утомления и детренированности рекомендуется углубленное медицинское обследование и разработка персонализированных профилактических мероприятий.

Таким образом, проведение функциональных проб и расчет индексов при индивидуальных и массовых профилактических осмотрах позволят выявить отклонения в состоянии кардиореспираторной системы на доклиническом этапе, провести дополнительное обследование и назначить индивидуальную программу профилактики, включающую здоровый образ жизни и оптимизацию физической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Апанасенко, Г. Л.* Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления / Г. Л. Апанасенко // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. — 2006. — Т. 16, № 1. — С. 66–69.
2. *Артеменков, А. А.* Комплексная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы студентов для гигиенической оптимизации возможных отклонений / А. А. Артеменков, В. Я. Шестаков // Здоровье населения и среда обитания. — 2013. — № 3 (240). — С. 16–18.

3. Кияева, Е. В. Оценка функционального состояния и адаптационного потенциала студентов различных социальных групп / Е. В. Кияева, И. Э. Алиджанова, С. С. Акимов // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 6. — С. 984.

4. Совершенствование оценки функциональных резервов организма — приоритетное направление развития донологической диагностики преморбидных состояний / А. Н. Курзанов [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. — 2015. — № 10–1. — С. 67–70.

5. Важные аспекты комплексного контроля физического состояния студентов / С. В. Мусина [и др.] // Научный альманах. — 2015. — № 10–2 (12). — С. 323–326.

УДК 614.2

О МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПРИБРЕТЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Зарубинская Л. Г.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

По данным выборочных исследований нормативность поведения населения в экономической сфере, которая выражается через способность рационального ведения домашнего хозяйства, свойственна 44 % респондентов. При этом 56 % игнорируют бюджетную дисциплину при расходовании личных средств [1], то есть реализуют поведенческие стереотипы, свойственные обществу потребления. Спонтанное на первый взгляд экономическое поведение участников опроса, подталкивает их к удовлетворению появляющихся потребностей все в большей степени. Это в свою очередь требует все большего количества денег. Круг замыкается тем, что деньги материализуются в новые товары, которые имеют для нас определенную социальную значимость, заменяющую иные смыслы жизни. Насколько это опасно с медицинской точки зрения до настоящего времени выяснено в недостаточной степени. Тем не менее, данные, сопоставляющие уровень здоровья и экономические показатели, имеются. Так, ряд авторов [2, 3, 4] установили причины и выявили условия возникновения и распространения массовых неинфекционных и даже инфекционных заболеваний, которые коррелировали с социально-экономическими показателями, включающими, например, среднедушевой доход, рассчитываемый обычно на 1 члена семьи в месяц.

В соответствии с основной рабочей гипотезой реформы либерального правительства экономика свободного рынка и социальная стратификация в РФ привели, с одной стороны, к росту количества людей, потерявших значительную часть своих накоплений, что подтолкнуло их к преступности (об этом свидетельствует рост числа убийств, самоубийств, случаев проституции, педофилии и прочих «социальных язв»). Синхронно отмечался рост заболеваемости и смертности в РФ в 90-е годы XX в. С другой стороны, в это же самое время резко увеличилась когорта россиян, значительно повысивших уровень своего благосостояния. Мечту многих осуществили немногие, однако поступательное приращение собственности (доходов) может достигать некоторой критической точки, после которой требуются сверхнормативные усилия для удержания в поле зрения имеющаяся собственность, растет недоверие к окружающим [5] и ухудшается здоровье. С учетом вышесказанного научный интерес вызывают исследования уровня общественного здоровья (накопленной заболеваемости (НЗ)) и самосохранительного потенциала (СП) в группах респондентов с различным уровнем дохода. В соответствии с дополнительной рабочей гипотезой, при равных прочих условиях здоровье — это реагирование на денежный поток, опосредующийся конкретными товарами (предметами, приобретением или утратой которых вызывает эмоции). Реальная экономическая, политическая и социальная среда действует на популяцию посредством обеспечения присвоения или утраты этих товаров —

социально-значимых объектов (СЗО). При этом рост количества СЗО, получаемых в собственность, увеличивает риски ухудшения здоровья не только при их физической утрате в период наступления кризисов, но и на фоне экономического благополучия, то есть в ситуации, когда число присвоенных СЗО превышает некоторое нормативное значение.

С учетом наличия базового противоречия между высказанными выше гипотезами и общепринятым мнением о том, что здоровье тем лучше, чем больше денег у человека, была выполнена настоящая работа, которая преследовала цель количественно охарактеризовать медицинские последствия увеличения благосостояния. Методика исследования базировалась на данных социально-гигиенического скрининга здоровья населения и расчете границ «коридора здоровья» (КЗ), связанного с оценкой уровня реальных доходов населения. В 2014–2016 гг. было выполнено исследование рандомизированной выборки взрослого населения ЮФО и СКФО (1657 человек), что позволило зафиксировать как НЗ, так и большое количество экономических и медико-социальных признаков. Выборка группировалась по трем направлениям: уровень доходов на одного члена семьи в месяц; количество имеющихся заболеваний; количество утраченных-приобретенных социально значимых объектов (СЗО). Статистическое приложение «Excel» к стандартному пакету программ «Microsoft Office 2010» позволило выполнить количественную оценку первичных материалов исследования. Определение достоверности разности показателей сравниваемых групп осуществлялось с использованием критерия Стьюдента (t -критерия), критическое значение которого было принято равным 2,0. Коэффициент достоверности аппроксимации (R^2), находящийся в допустимом критическом диапазоне 0,95–1,00, верифицировал наличие связи между изменениями изучаемого явления и воздействующего на него фактора.

В результате линейный тренд (ЛТ) подтвердил общепринятые представления о позитивном влиянии на здоровье населения растущего благосостояния. В соответствии с уравнением ЛТ ($y = 11,4x + 93,3$) при росте доходов на каждые 10 тыс. руб. СП повышался на 11 %. При этом НЗ в среднем по выборке ($y = -3,9x + 96,8$) снижалась на 39 % при росте доходов на ту же сумму. Однако коэффициенты R^2 для СП и НЗ равнялись 0,51 и 0,42 соответственно, что свидетельствовало о низкой значимости линейной связи между уровнями здоровья и дохода. В дальнейшем единицы наблюдения ранжировались по числу имеющихся заболеваний и образовывали «группы здоровья».

В одной группе сосредотачивались респонденты, декларирующие одинаковое количество заболеваний. Оказалось, что все социальные слои, имеющие диапазон колебаний ежемесячного дохода от 700 руб. до 100 тыс. руб. на одного члена семьи, были представлены в каждой группе. При ранжировании выборки по увеличению количества СЗО все экономические слои распределились также пропорционально. В выборке было выделено шесть экономических страт: 137 респондентов, имеющих доход менее 5 тыс. руб. в месяц на человека; 311 — 5000–9999 руб.; 522 — 10000–19999 руб.; 317 — 20000–29999 руб.; 104 — 30000–39999 руб.; 86–40 тыс. и более руб. В соответствии с порядком следования групп была установлена следующая НЗ: 1328,5; 1241,2; 961,7; 959; 1067,3; 1069,8 %. При сравнении показателей полярных 1-й и 6-й групп была рассчитана разница НЗ (258,7 %), которая оказалась незначимой ($t = 1,4$; $p > 0,05$). Однако по мере увеличения дохода от 1-й группы к 4-й НЗ стремительно снижалась (на 369,5 % при $t = 2,7$), а затем (от 4-й к 5-й и 6-й группе) стала увеличиваться до уровней 1067,3–1069,8 %, то есть выросла на 108,3 % и более ($t = 1,0$). Указанное распределение НЗ позволяет определить условные границы КЗ, находящиеся между 25 и 35 тыс. руб. СП, выраженный через суммарный градиент афферентации (ГА) от СЗО (где 1 условная единица СП равна 1 актуальному СЗО), зеркально отразил границы КЗ по НЗ с достоверным ростом на 38,5 % от величины 0,31 (при среднегрупповом доходе 2 тыс. 500 руб. в месяц на одного члена семьи) до 0,50 (при доходе 25 тыс. руб.; $t = 2,4$). Преодолев пограничный уровень в 35 тыс. руб., СП упал на 33 % — с 0,50 до 0,37 ($t = 1,2$) в группе наиболее обеспеченных респондентов (50 тыс. руб. и более).

Не менее интересным оказалось развернуть рассматриваемые явления во времени, однако вместо абстрактно текущих часов, недель, месяцев или лет наиболее рациональ-

ным будет использовать конкретные события (факт появления нового заболевания). В этом случае выявляется новая закономерность: каждый переход (от точки «0 заболеваний» к точке «1 заболевание»; от точки «1 заболевание» к точке «2 заболевания» и т.д.) начинается с потери одного (двух, трех) СЗО, а заканчивается приобретением одного (двух, трех) СЗО. Иными словами, пока человек расширяет круг привязанностей (СЗО), он имеет стабильное здоровье, как только круг привязанностей «схлопывается», здоровье резко переходит на более низкий уровень.

В ходе работы было установлено, что оптимальным, с учетом накопленной заболеваемости (НЗ), может считаться доход от 15 до 25 тыс. руб. на одного члена семьи в месяц. Учет социально-значимых приобретений или потерь (наивысшего самосохранительного потенциала) сдвигает КЗ в диапазон от 25 до 35 тыс. руб. на одного члена семьи в месяц. Превышение (снижение) доходов — отклонение от указанных норм способствует снижению СП и росту НЗ.

Выводы

1. В группах респондентов, декларирующих различный доход, уровень накопленной заболеваемости и самосохранительный потенциал приобретают достоверные различия при достижении коридора здоровья (25–35 тыс. руб. на одного члена семьи в месяц).

2. Доходы, превышающие 35 тыс. руб. в месяц на одного члена семьи, приводят к росту частоты осознаваемых потерь СЗО, что позволяет говорить о существовании «критической массы собственности (богатства)», превышение которой приводит к активизации саморазрушения, проявляющегося клинически.

3. Риски ухудшения здоровья растут лавинообразно по мере увеличения количества присвоенных СЗО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий / Ю. Г. Элланский [и др.] // В мире научных открытий. — 2015. — № 2–1 (62). — С. 639–653.
2. Данилевская, Т. В. Количественный анализ значимости источников медиализации в социокультурной среде мегаполиса / Т. В. Данилевская, Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов // Социология медицины. — 2017. — Т. 16, № 2. — С. 94–99.
3. Количественная оценка информационно-когнитивной составляющей нестабильности показателей общественного здоровья в условиях рыночной экономики (значение для медицинских организаций) / И. Ю. Худоногов [и др.] // Наука. Промышленность. Образование. Культура. Формирование духовно-нравственного и физического здоровья нации: матер. X съезда Петровской академии наук и искусств. — 2017. — С. 120–130.
4. Худоногов, И. Ю. Групповая мотивационная матрица как регулятор общественного здоровья (структурно-функциональный анализ) / И. Ю. Худоногов // Современные подходы к продвижению здоровья. — Электронный ресурс (CD-Диск). — 2016. — С. 93–96.
5. Худоногов, И. Ю. Уровень доверия пациента к лечащему врачу как индикатор качества медицинской помощи в условиях формального и неформального общения / И. Ю. Худоногов, Н. М. Пивненко, П. В. Липилкин // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. — СПб., 2017. — С. 106–111.

УДК 616.89-008.441.42-057.87

СВЯЗЬ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С РИСКАМИ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Зданович А. И., Затеи А. О.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Ввиду распространенности средств массовой информации, пропагандирующих не только здоровый образ жизни, но и подчеркнутую стройность в образах как молодых людей, так и девушек, особую актуальность приобретают нарушения пищевого поведения

[1]. Особо стоит выделить группу риска развития нарушений пищевого поведения, состоящую из студентов медицинских образовательных учреждений, которые обладают высокой осведомленностью о процессах, протекающих в организме, о действии препаратов слабительного и мочегонного действия, а также снижающих аппетит средствах, из-за чего возникает уверенность в контроле ситуации даже тогда, когда она становится патологической [2]. Безусловно, они регулярно испытывают стрессы в силу специфики обучения и высоких нагрузок, а также подвергаются воздействию иных неблагоприятных факторов, способствующих развитию патологического уровня личностной тревожности, как и нарушений пищевого поведения [3]. Таким образом, было сделано предположение о возможной взаимосвязи между уровнем личностной тревожности и риском развития нарушений пищевого поведения.

Цель

Изучение взаимосвязи уровня личностной тревожности и риска развития нарушений пищевого поведения у студентов Курского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось методом анонимного анкетирования 250 студентов лечебного факультета 1–5-го курсов в возрасте от 17 до 24 лет обоих полов, занимающихся в основной и специальной группах физической культуры. Для проведения исследования были выбраны оригинальный тест дифференцированной оценки личностной тревожности (ТДОЛТ), разработанный Л. А. Северьяновой, Д. В. Плотниковым, В. В. Плотниковым [4], и опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) [3]. Корреляция рассчитывалась в программе «MSOfficeExcel». Оценка силы связи коэффициентов корреляции была проведена по шкале Чеддока.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 250 респондентов у 33 студентов был выявлен высокий уровень риска развития нарушений пищевого поведения (балл по шкале ОПП26 составил 20 и более у 13,2 % опрошенных), при этом у 45,5 % из них зарегистрирован высокий уровень личностной тревожности (балл по шкале ТДОЛТ составил 8 и более у 15 респондентов из 33).

У 86 студентов был выявлен повышенный уровень личностной тревожности (балл по шкале ТДОЛТ составил 8 и более у 34,4% респондентов), при этом у 17,4% из них зарегистрирован высокий уровень риска развития нарушений пищевого поведения (балл по шкале ОПП- 26 составил 20 и более у 15 респондентов из 86).

В ходе исследования выявлено, что среди студентов 1-го курса коэффициент корреляции (R) равен 0,16 (слабый уровень прямой корреляции признаков), среди студентов 2-го курса — 0,25 (слабый уровень прямой корреляции признаков), среди студентов 3-го курса — 0,18 (слабый уровень прямой связи между признаками), среди студентов 4–5-го — 0,34 (умеренная сила прямой корреляции признаков).

Среди студентов, обучающихся физической культуре в специальных группах, коэффициент корреляции (R) составил 0,18 (слабый уровень прямой корреляции признаков).

Среди респондентов 18-летнего возраста и младше коэффициент корреляции (R) составил 0,08 (нет достоверных данных о связи исследуемых признаков), среди студентов 19-летнего возраста — 0,29 (прямая связь признаков слабой силы), среди опрошенных 20-летнего возраста коэффициент корреляции (R) составил 0,07 (нет достоверных данных о связи исследуемых признаков), среди респондентов 21-летнего возраста — 0,47 (прямая связь исследуемых признаков умеренной силы), среди студентов 22-летнего возраста — 0,32 (прямая связь исследуемых признаков умеренной силы), среди респондентов 23-летнего возраста и старше — 0,48 (прямая связь исследуемых признаков умеренной силы).

Коэффициент корреляции (R) уровня личностной тревожности и риска развития нарушений пищевого поведения среди всех респондентов вне зависимости от курса, пола, возраста и группы физической активности составил 0,22 (слабый уровень прямой корреляции признаков).

Таким образом, среди студентов Курского государственного медицинского университета 1–5-го курсов лечебного факультета выявлена связь уровня личностной тревожности с рисками развития нарушений пищевого поведения умеренной силы. Отмечается нелинейный рост значений коэффициента взаимосвязи от 1-го к 5-му курсу. Среди студентов в возрасте 21 года и старше коэффициент взаимосвязи между уровнем личностной тревожности и высоким риском развития нарушений пищевого поведения достоверно выше (корреляция умеренной силы), чем у студентов младше 21 года (корреляция слабой силы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения / В. В. Марилев [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2006. — № 2. — С. 129–133.
2. Случай тяжелой нервной анорексии у медицинского работника / А. Е. Брюхин [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2015. — № 3. — С. 127–130.
3. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: монография / О. А. Скугаревский. — Минск: БГМУ, 2007. — 340 с.
4. Плотников, В. В. Курск, гос. мед. ун-т. лаб. психосоматики НИИ эколог, медицины. — Курск : Изд-во КГМУ, 2012. — 38 с.

УДК 76.01.14

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Ищенко Н. С., Сачковская А. В., Подоляко В. А.

Учреждение образования
«Международный университет «МИТСО», Гомельский филиал»,
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Одним из приоритетных направлений государственной социальной политики Республики Беларусь является хорошо функционирующая современная система здравоохранения [1]. Регулированию данной сферы уделяется особое внимание, так как здоровье граждан — залог успешного развития государства в долгосрочном периоде. Здоровье населения — один из важных показателей, свидетельствующих об уровне социально-экономического развития государства. Данное положение отражено в ст. 45 Основного Закона Республики Беларусь [2].

Здоровье человека определяется целым рядом факторов, среди которых уровень медицинской помощи населению занимает, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 10-е место. Охрана здоровья граждан в нашей стране базируется на принципах, закрепленных Конституцией Республики Беларусь, Законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и иными законами.

Система здравоохранения — одна из ключевых звеньев всего механизма функционирования государства. Во всех странах граждане рассчитывают на получение квалифицированной медицинской помощи и на поддержку со стороны государственных медицинских учреждений.

В соответствии с рейтингом «The World Health Report» эффективность системы здравоохранения, включая уровень, качество здоровья и жизни, определяют три показателя:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет);
- государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения;
- стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения (в долларах США) [3].

Следует сказать, что к результатам проводимых исследований необходимо подходить осторожно, так как они не всегда отражают объективную ситуацию. Причин тому несколько. Так, большинство исследователей изучают конкретные, интересующие их аспекты, не придавая должного внимания иным, не входящим в круг их интересов. На прово-

димой работе сказываются их личные мнения и убеждения, что естественно влияет на объективность. Отсутствие такой фактической объективности подтверждает, в частности, и сам выбор критериев, по которым составляются рейтинги государств.

Рассмотрим, например, определение продолжительности жизни населения. Это фактор, который, безусловно, зависит не только от качества функционирования системы здравоохранения. Не только перманентно ухудшающаяся экологическая ситуация, деструктивный образ жизни, ряд иных экзогенных факторов, но даже уровень преступности в стране оказывают значимое влияние на этот показатель. Эксперты обратили внимание, что в ряде государств с максимально идентичной организацией систем здравоохранения разница в продолжительности жизни варьирует от 3 до 6 лет. Вместе с тем, следует отметить, что определенный объективизм в приводимых расчетах имеет место. Так, в 2014 г. Беларусь в Рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения заняла 42 место, тогда как, например, США — 44 место (ухудшив относительно 2013 г. свое положение на 2 пункта), Россия — 51 место. Данные за 2015 г. свидетельствуют об ухудшении состояния рассматриваемой сферы: Беларусь — на 47 месте, США — на 50 месте, Россия — на 54 месте [3]. Рейтинг систем здравоохранения стран мира за 2017 г. (причем количество исследуемых и включенных в Рейтинг государств растет с каждым годом) демонстрирует показатели ухудшения/улучшения у различных государств, в частности, Беларусь оказалась на 67 месте среди 80 государств, из постсоветских государств в еще более худшем положении находится Украина — на 74 месте. Другие государства демонстрируют лучшие позиции. Так, Эстония вышла на 23 место, Литва — на 34, США — на 35, Китай — на 50, Россия — на 61 место [3].

Нужно отметить, что ВОЗ констатировала достижение здравоохранением Республики Беларусь «Целей развития тысячелетия». Так, по показателю детской смертности Республика Беларусь лучшая в СНГ, она лидирует в СНГ по темпам снижения распространенности ВИЧ/СПИДа и охвата антиретровирусной терапией, а по темпу снижения заболеваемости туберкулезом опережает Финляндию, Швейцарию, Австрию, Норвегию. Республика Беларусь занимает высокую позицию по доступу населения к медицинским услугам. Доступность услуг по охране репродуктивного здоровья в нашей стране соответствует уровню Франции, Финляндии, Люксембурга, также Беларусь входит в список 50 лучших стран мира по ведению беременности, организации родов с привлечением квалифицированного медперсонала [4].

Состояние и роль медицинской помощи в настоящее время имеют особенно важное значение в связи с наблюдающимся ростом заболеваемости, распространением особо опасных инфекций и значительным увеличением смертности населения (в частности, в Беларуси смертность превышает рождаемость). Учитывая это, с целью оптимизации сферы здравоохранения чрезвычайно важно, с нашей точки зрения, уделять внимание таким вопросам, как информатизация сферы здравоохранения, совершенствование организации медицинской помощи населению, введение страховой медицины и продуманное и выверенное расширение платных видов медицинской помощи и услуг. Потребность в медицинских услугах возрастает, что служит дополнительным аргументом для усиления роли правового регулирования медицинской деятельности. За последнее десятилетие в Республике Беларусь приняты сотни нормативных правовых актов, предназначенных упорядочить медицинские отношения, кроме того, многочисленные ведомственные подзаконные акты были приняты Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Государственная система здравоохранения перестала быть монополистом на рынке медицинских услуг, при этом платные виды медицинской помощи и услуг активно внедряются в практику работы и государственных медицинских учреждений, существенно меняя правовой статус как самих медицинских организаций, так и пациентов. Это подтверждает необходимость развития на современном этапе информатизации организаций здравоохранения [5].

Сфера кадрового обеспечения. Проведенный мониторинг состояния информатизации организаций здравоохранения в очередной раз выявил кадровые проблемы в данной сфере. Это качается в первую очередь дефицита IT-специалистов для обеспечения рабочего

процесса сопровождения функционирования информационных систем (медицинских, электронного документооборота и др.) и недостаточной подготовки врачей и среднего медперсонала в части работы с медицинскими информационными системами.

Сфера информатизации предприятий системы «Фармация». Предприятиями системы «Фармация» поэтапно проводятся мероприятия по созданию единой корпоративной программной среды, которая позволит собирать, обрабатывать, систематизировать, визуализировать, анализировать, накапливать и предоставлять информацию о работе всех подразделений.

Реализованы проекты: «Аптечный склад» — 100 % автоматизация в регионах, «Белорусская аптека» — автоматизация от 96 % в Гомельской области до 100 % — в остальных регионах. Внедрены программы «Бухгалтерский учет», «Управление персоналом. Заработная плата», «Справочная аптека», «Электронный документооборот». Инвестиции предприятий системы «Фармация» в закупку и модернизацию компьютерного оборудования, закупку программного обеспечения и услуги связи за 2017 г. составили 4,5 млн бел. рублей.

Сфера реализации проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь». 25 ноября 2016 г. подписано Соглашение о займе (проект «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь») между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития, которое ратифицировано Законом Республики Беларусь «О ратификации Соглашения о займе между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития». Срок реализации: до 31 мая 2022 г. Цель проекта: содействие повышению отдельных аспектов качества медицинской помощи в Республике Беларусь. Проект сформирован таким образом, чтобы оказать поддержку всей системе здравоохранения страны в целом и включаемых в нее элементов в виде конкретных учреждений. Мероприятия проекта предусматривают создание в республике электронного здравоохранения, качественно новой системы практикоориентированной подготовки медицинских кадров, условий для рождения и развития детей, а также оказание медицинской помощи, отвечающей самым современным международным требованиям.

Проект включил четыре взаимосвязанных компонента, в том числе компонент 1: «Создание электронного здравоохранения и системы поддержки клинических решений». Цель: создание централизованной информационной системы здравоохранения и внедрение электронных услуг здравоохранения, включая единую интегрированную электронную карту пациента, личный кабинет пациента, систему поддержки клинических решений, аналитическую систему поддержки управленческих решений, систему оценки качества оказания медицинской помощи. Это уникальная возможность для дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Беларусь и неотъемлемая часть цифровой трансформации государства. Современные технологии привнесли существенные трансформации во все сферы жизнедеятельности, в том числе в здравоохранение. В итоге на данный момент сформировалось понятие «цифровая медицина». Применение в медицинской практике цифровых медицинских аппаратов создает целый ряд преимуществ в сравнении с традиционными. Потребителю следует освоить лишь определенный алгоритм записи к врачу через компьютерную программу. Команда подается голосом, компьютер автоматически переведет голос в цифровую команду. Далее автоматически будет сверена желаемая дата посещения пациентом медицинского учреждения с открытыми датами в расписании необходимого врача и предложены на выбор варианты. Пациенту останется только щелкнуть курсором по устраивающему его дню и часу. За определенное время до посещения врача программа автоматически вышлет электронное напоминание. А вечером накануне назначенного дня приема компьютерная программа сгенерирует голосовое сообщение с напоминанием и передаст его уже по телефону.

Примерно таким образом описывается концепция, которая сегодня получила название «телемедицина». Причем автоматизированная система записи на прием к врачу не самое значимое в ней. В настоящее время в силу загруженности и дефицита свободного времени важным для человека является возможность прибегнуть к дистанционному обследованию.

Телемедицина, в самом общем смысле этого слова, представляет собой систему здравоохранения, позволяющую проводить ряд медицинских процедур, дистанционно. Это может быть плановый осмотр, постановка диагноза, консультация и многое другое. Такая возмож-

ность достигается путем широкого использования компьютерной техники, специализированного программного обеспечения и Интернета. Такой способ «посещения» врача может показаться менее эффективным, чем традиционный, когда доктор должен лично осмотреть пациента и лишь после этого говорить о его недуге. Многие люди до сих пор с трудом воспринимают электронную почту или ICQ как полноценные средства передачи информации. А о существовании видеомессенджеров даже не подозревают, потому вряд ли в ближайшее время воспримут их в качестве рабочих инструментов в такой серьезной сфере, как медицина.

Сегодняшняя наука и медицина, в частности, развиваются галопирующими темпами. Чтобы ориентироваться в рынке и в целом знать, что происходит в сфере здравоохранения, современному врачу необходимо изучать последние достижения в этой отрасли, в том числе получая информацию из различных литературных источников, постоянно повышать уровень своих знаний, быть в курсе современных разработок в сфере фармакологии и т. д., иначе он рискует потерять свою квалификацию. Однако осилить необходимый объем информации сложно. С целью оптимизации знаний и получения новых данных в области медицины и была создана система НКМ. Одним из самых развитых ресурсов в этом направлении является MDLinx (www.mdlinx.com). Принцип его действия заключается в следующем. Команда специалистов ежедневно анализирует основные медицинские издания и исследования и группирует их по разделам. В соответствии с данными, указанными подписчиками при регистрации, им рассылаются определенные подборки статей. Таким образом, каждый специалист получает лишь ту информацию, которая его интересует.

Существует также ресурс Medscape (www.medscape.com), где обобщается информация о прошедших конференциях и симпозиумах, ведется база данных существующих препаратов, которая постоянно обновляется, дается доступ к специализированной литературе онлайн.

Имеются и такие полезные сервисы, где есть возможность проверки медикаментов на совместимость. Все это позволяет говорить о том, что на практике телемедицина часто проявляет себя намного эффективнее традиционной.

Таким образом, современные технологии помогают экономить время как врачей, так и пациентов, что положительно влияет на здоровье (в частности, немало случаев позднего обращения за оказанием медицинской помощи, например, в онкологии). Кроме того, внедрение в практику новых современных технологий и подходов к организации лечения населения страны будет способствовать расширению и улучшению доступности оказания профессиональной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 г. / Министерство экономики Республики Беларусь / ГУ НИЭМ. — Минск, 2014.
2. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. — Минск: НЦПИ, 2017 г. — 64 с.
3. TheWorldHealthReport 2000–2017 (Рейтинги систем здравоохранения 2000–2017 гг.). — Geneva: WHO, 2017. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea4.pdf. — Дата доступа 21.08. 2018.
4. ВОЗ о системах здравоохранения разных стран. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://medprosvita.com.ua/voz-sistemah-zdravooohraneniya-raznyih-stran/>. — Дата доступа 21.08. 2018.
5. Концепция развития электронного здравоохранения на период до 2022 года [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/kontseptsiya-razvitiya-elektronnogo-zdravookhraneniya/>. — Дата доступа: 21.08. 2018.

УДК 76.01.14

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

Ищенко Н. С., Шаршакова Т. М., Подоляко В. А.

Учреждение образования

«Международный университет «МИТСО», Гомельский филиал»,

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Система здравоохранения является важной сферой социальной политики государства. Разработка и реализация мероприятия по оказанию медицинской помощи населению спо-

способствует сохранению здоровья, долголетию, улучшению качества жизни человека. В Конституции Республики Беларусь (ч. 1, ст. 45) записано: «Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения»[1].

Системное развитие здравоохранения сформировало устойчивые медицинские правоотношения, в том числе между субъектами оказания медицинской помощи и медицинской деятельности, были закреплены правовые нормы (законы, иные нормативно-правовые акты), регулирующие данную сферу.

Несмотря на значительные изменения, произошедшие в системе здравоохранения после обретения Беларусью независимости, ее основным принципом по-прежнему остается обеспечение общедоступности бесплатного медицинского обслуживания по месту жительства силами преимущественно государственных медицинских учреждений, организованных по территориальному принципу.

Спецификой политики в сфере здравоохранения стало проведение поэтапных изменений, а не радикальных реформ. Министерство здравоохранения (Минздрав) несет полную ответственность за функционирование системы здравоохранения, однако финансирование сектора первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной (вторичной) помощи передано в ведение органов регионального уровня (шесть областей и г. Минск). Медицинские учреждения, оказывающие высокоспециализированные (третичные) услуги, финансируются непосредственно из бюджета Минздрава. Медицинские правоотношения достаточно специфичны в силу собственной значимости, вытекающей из неизбежности каждого человека выступать в качестве субъекта медицинской помощи и медицинской деятельности в целом.

Президент Беларуси поставил задачу по превращению нашего государства в IT-страну. В связи с этим здравоохранение должно стать важной частью системы цифровой трансформации общества. Построение e-Health (электронного здравоохранения) открывает новые перспективы для развития отрасли. Формируемая система будет касаться каждого пациента, всех медработников (120 тыс. среднего медперсонала и более 50 тыс. врачей). Причем в нее будут вовлечены медучреждения независимо от формы собственности [2]. Согласно ч. 2, ст. 45 Конституции Республики Беларусь, государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания, что, в данном случае, безусловно, способствует гарантированию прав на здоровье и жизнь граждан Беларуси и лиц, находящихся в республике (со спецификой реализации медицинских услуг в отношении иностранных лиц).

На заседании коллегии Минздрава подведены итоги выполнения мероприятий по информатизации отрасли в 2017 г. и первом полугодии 2018 г., ход реализации проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь». На уровне государства предприняты существенные меры для перехода к электронному здравоохранению. Минздрав разработал и утвердил Концепцию развития системы электронного здравоохранения на период до 2022 г. (Концепция). При подготовке документа учтены мировой опыт, рекомендации ВОЗ и Международного союза электросвязи. Разработан регламент реализации концепции и иные основополагающие документы [3].

Концепцию впервые разработали и представили правительству специалисты Минздрава. По последним оценкам ВОЗ, в настоящее время более 60 % государств реализуют собственные стратегии в сфере электронного здравоохранения как на национальном, так и на региональном уровне. В концепции представлены основные принципы построения системы электронного здравоохранения в государстве и возможности для ее интеграции в общегосударственную автоматизированную информационную систему. Планируется, что при ее реализации в республике будет создана централизованная информационная система здравоохранения (ЦИСЗ). Это позволит сформировать и ввести единый информационный архив пациентов и оперативного предоставления медицинских данных (безусловно, с учетом охраны персональных данных). Кроме того, будет внедрена система информационной поддержки клинических решений.

Концепция согласуется со Стратегией развития информатизации в Республике Беларусь на 2016–2022 гг. и направлена на реализацию предусмотренных в этом документе за-

дач. Документ разработан в соответствии с «Основами политики и стратегии «Здоровье-2020», утвержденными Европейским региональным комитетом ВОЗ, и с рекомендациями по созданию национальной стратегии электронного здравоохранения, предоставленными ВОЗ и Международным союзом электросвязи.

На коллегии заместитель директора по информационным технологиям РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ) С. Новиков осветил, каким образом выполнялись мероприятия по информатизации отрасли в 2017 г. и первом полугодии 2018-го г. и акцентировал внимание на следующих аспектах:

1. Информационные системы национального уровня. Сегодня в отрасли эксплуатируются информационные системы национального уровня, позволяющие изучать долговременные тенденции развития соответствующих заболеваний в республике, получать информацию для принятия оперативных управленческих решений, проводить динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов, научные и эпидемиологические исследования.

2. РИАС «Кадры». По поручению Минздрава разработана и внедрена республиканская информационно-аналитическая система «Кадры». Внедрение данной системы с созданием полномасштабной базы данных специалистов, работающих в отрасли, имеет исключительно важное значение и является основой для обеспечения функционирования системы электронного здравоохранения. РИАС «Кадры» предназначена для учета и обработки информации о медицинских и фармацевтических кадрах Республики Беларусь, для управления персоналом в учреждениях здравоохранения, для прогнозирования потребности в медицинских и фармацевтических кадрах и планирования приема в медицинские учреждения образования. Именно РИАС «Кадры» положена в основу формирования единого классификатора системы электронного здравоохранения Республики Беларусь — «Индекса медицинских работников». Благодаря этой системе будет осуществляться предоставление прав доступа (авторизации) специалистов при входе в централизованную информационную систему электронного здравоохранения. Согласно письму Минздрава, был установлен плановый срок повсеместного внедрения РИАС «Кадры» до 31 декабря 2016 г. Однако данная задача не выполнена в полной мере. На июль текущего года число подключений к системе составил от 65,2 % (по Витебскому региону) до 100 % (в Минске, Брестской и Минской областях). Проведен анализ по ведению личных карточек врачей и среднего медицинского персонала в РИАС «Кадры». Ни в одном регионе эта работа не завершена. Наибольший объем предстоит выполнить кадровым службам Витебской области. Для исключения дублирования работы по вводу данных в РИАС «Кадры» и ранее работающих/альтернативных систем автоматизации кадрового учета разработаны программные средства, позволяющие в автоматическом режиме импортировать информацию. Внедрение РИАС «Кадры» в частных медицинских центрах и коммерческих фармацевтических сетях — очередная задача на пути формирования единого классификатора медицинских и фармацевтических работников при создании единой информационной системы здравоохранения.

3. АИС «Электронный рецепт». Расширение зоны функционирования автоматизированной информационной системы обращения электронных рецептов (АИС ЭР) выполнялось в соответствии с приказами Минздрава (69 АПУ в областных центрах и ряде крупных городов Минской области). С целью дальнейшего расширения сферы функционирования АИС ЭР издан приказ Минздрава, который охватил еще 126 организаций здравоохранения, в том числе РНПЦ и организации республиканского и областного (городского) уровня. В настоящее время к АИС ЭР подключены все аптеки РУП «Белфармация» и областных ТПРУП «Фармация» (около 1 800 аптек). РНПЦ МТ совместно с Национальным центром электронных услуг разработаны программные средства и организационно-методические документы для подключения коммерческих аптечных сетей через интеграционную информационную шину общегосударственной автоматизированной информационной системы (ОАИС). В настоящее время приступили к проведению работы по подключению к АИС ЭР коммерческих аптечных сетей.

4. Телемедицина. В республике используются различные технологии телемедицинского консультирования. В частности, одна из наиболее востребованных систем офлайн-

консультирования — единая телемедицинская система Минска по цифровой флюорографии на базе двух консультационных центров: 1-го и 2-го городских противотуберкулезных диспансеров и городских поликлиник. Функционирует система по цифровой маммографии, которая включает консультативный центр в Минском городском клиническом онкологическом диспансере и 7 городских поликлиник. В 2015 г. в республике запущена в постоянную эксплуатацию Единая республиканская система телемедицинского консультирования (РСТМК) в режиме офлайн. На базе РНПЦ МТ размещен Республиканский телемедицинский сервер. Организации здравоохранения областного и районного (городского) уровней были централизованно оснащены компьютерной техникой для оборудования телемедицинских кабинетов. Обмен информацией идет по защищенным каналам связи. При необходимости врачи могут обсуждать каждый конкретный случай, когда возникает потребность в консультировании, с помощью общения в режиме онлайн по видеоконференцсвязи. Функционирование РСТМК осуществляется в соответствии с приказом Минздрава, которым утвержден список 57 консультирующих организаций здравоохранения республиканского и областного уровня, а также Положением о телемедицинском консультировании в республике. В настоящее время к РСТМК подключены 210 организаций здравоохранения. За 7 месяцев 2018 г. через систему направлено около трех тысяч запросов. Сегодня не в полной мере решены такие вопросы, как определение прав и ответственности участников процесса телемедицинского консультирования, пути легитимации консультативных заключений, выполненных с помощью ИКТ, например, с применением электронной цифровой подписи.

Необходимо предусмотреть новые направления использования телемедицины в республике, которые бы включали самые современные подходы. Речь идет о m-health (мобильной медицине), дистанционной работе с пациентами (самоконтроль, контроль лечения и состояния пациентов, автоматический биометрический контроль), интернет-медицине. Последняя должна получить новый импульс развития как компонент интернета нового поколения, объединяющего с помощью высокоскоростных телекоммуникационных каналов связи суперкомпьютерные вычислительные и информационные ресурсы. Это потребует не только соответствующего программно-технического обеспечения, но и нормативного правового регулирования.

5. Электронный документооборот. В 2017–2018 гг. в соответствии с Указом Президента от 04.04.2013 № 157 «О внесении изменений и дополнений в некоторые указы Президента Республики Беларусь» продолжена работа по внедрению в организациях отрасли ведомственных систем электронного документооборота с подключением к системе межведомственного документооборота (СМДО). По имеющимся данным, к СМДО подключено 603 организации здравоохранения, что составляет 99 %, при этом в общем объеме документооборота электронный составляет лишь 16,9 %. Не обеспечиваются требования Правительства по достижению электронного документооборота до 50 %. В частности, по Брестскому ГУЗО подключение организаций составляет 100 %, а отправленных электронных документов — 7,8 %. В Витебской и Гомельской областях электронный документооборот превысил 50 %. К концу 2018 г. в целом по республике необходимо довести электронный документооборот до 50 %.

Существуют и иные важные аспекты развития электронного здравоохранения, касающиеся, в частности, сайтов организаций здравоохранения, оценок состояния материально-технической базы организаций здравоохранения в части локальных вычислительных сетей, медицинского и серверного оборудования, информационных систем, компьютеров, средств защиты информации сотрудниками РНПЦ МТ и др.

Таким образом, можно резюмировать, что республика прилагает немалые усилия для информатизации сферы медицины, здравоохранения, в результате чего достигнуты определенные успехи. Вместе с тем имеются и немаловажные недоработки, над устранением которых еще необходимо работать, в том числе путем внесения изменений и дополнений в нормативно-правовые акты государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. — Минск: НЦПИ, 2017 г. — 64 с.
2. Здравоохранение в цифровом формате [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.medvestnik.by/ru/officially/view/zdravoohranenie-v-tsifrovom-formate-18096-2018/>. — Дата доступа: 21.08. 2018.
3. Концепция развития электронного здравоохранения на период до 2022 года. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/kontseptsiya-razvitiya-elektronnogo-zdravookhraneniya/>. — Дата доступа: 21.08. 2018.

УДК 615.874:613.24:616-084

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ*Кдырбаева Ф. Р.***Учреждение образования****«Ташкентский институт усовершенствования врачей»****г. Ташкент, Узбекистан**

Ожирение является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. В очередном докладе комитета ВОЗ по ожирению отмечено, что «избыточная масса тела и ожирение в настоящее время столь распространены, что влияют на здоровье населения больше, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности, голодание и инфекционные заболевания».

Большинство людей с избыточной массой тела и ожирением испытывают объективные трудности вследствие наличия серьезных отклонений в состоянии здоровья, физических ограничений и психологических проблем [1]. Поэтому все больший акцент необходимо делать на профилактическую работу, которая предполагает повышение внимания к здоровому человеку, чтобы предотвратить у него возникновение заболеваний. В связи с этим большая роль в профилактике по данной проблеме отводится врачам общей практики.

Врач общей практики, имея длительный контакт с пациентом, применяет практичный и простой метод скрининга на ожирение — расчет индекса массы тела (ИМТ), отражающий соотношение между весом и ростом (вес в килограммах делят на квадрат роста в метрах). В то же время определение ИМТ, представляющее собой довольно простую манипуляцию, служит и методом профилактики этих состояний. В общей врачебной практике рекомендовано определять ИМТ у всех пациентов с последующим проведением мероприятий по снижению или поддержанию его нормального уровня [2]. Окружность талии (ОТ) также важна в оценке абдоминального ожирения у пациента. Многие исследователи считают, что этот показатель играет даже большую роль в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений и особенно сахарного диабета. Для абдоминального ожирения характерно особое отложение жировой ткани в верхней части туловища в области живота. Абдоминальное ожирение отмечают при ОТ > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин (согласно более жестким критериям — > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин).

Предупреждение ожирения относят к мероприятиям первичной профилактики, которые проводят среди здоровых людей. Эти мероприятия наиболее эффективны, когда направлены на все население в целом. Основу их составляют принципы здорового питания [3]. Врачам общей практики в реализации этих мероприятиях принадлежит лидирующая и координирующая роль. Первичную профилактику ожирения необходимо проводить при генетической и семейной предрасположенности, при предрасположенности к развитию заболеваний, сопутствующих ожирению (сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца), при наличии факторов риска метаболического синдрома, при ИМТ > 25 кг/м², особенно у женщин.

Вторичная профилактика также требует активного участия семейных врачей. Привлечение ими диетологов, нутрициологов, эндокринологов должно способствовать раннему выявлению ожирения и предупреждению его последствий и осложнений.

При снижении массы тела у лиц с избыточной массой и ожирением уменьшается одышка при физической нагрузке, повышается физическая работоспособность, наблюдается гипотензивный эффект, улучшается настроение, трудоспособность, сон, что в целом повышает качество жизни больных. Одновременно уменьшается выраженность дислипидемии, а при наличии сахарного диабета снижается уровень сахара в крови.

Основой метода снижения избыточной массы тела является сбалансированный по калорийности рацион питания. В зависимости от выраженности ожирения и с учетом состояния пациента и его профессиональной деятельности назначается гипокалорийная диета на 15–30 % ниже физиологической потребности.

Пациентов надо научить различать низко-, умеренно- и высококалорийные продукты. Продукты, рекомендуемые к потреблению без ограничения, должны обеспечить чувство насыщения (нежирные сорта мяса, рыбы), удовлетворить потребности в сладком (ягоды, чай с сахарозаменителем), создать ощущение наполнения желудка (овощи). Рацион питания следует обогащать продуктами с липолитическими свойствами (огурец, ананасы, лимон) и увеличивающими термогенез (зеленый чай, негазированная минеральная вода, морепродукты).

В программы по снижению массы тела необходимо включать не только диетическую коррекцию, но и обязательные аэробные физические тренировки, что позволит повысить или сохранить качество жизни пациентов. Наиболее эффективные вмешательства, направленные на коррекцию ожирения, включают сочетание активных консультаций по коррекции питания, диете и упражнениям с поведенческими стратегиями, направленными на то, чтобы помочь пациенту приобрести соответствующие навыки.

Длительность и интенсивность упражнений зависит от состояния сердечно-сосудистой системы. Обязательно обследование пациента, определение толерантности к физическим нагрузкам. Наиболее доступным и простым методом физической активности является дозированная ходьба или дозированный бег в умеренном темпе. При этом особо важна регулярность занятий, что требует волевых усилий и психологического настроя.

Показано, что физическая активность приводит к умеренному повышению энергозатрат и способствует изменению энергетического баланса. Несмотря на небольшое общее снижение массы тела при повышенной физической активности, уменьшается количество висцерального жира, что чрезвычайно важно для снижения риска развития сопутствующей патологии и для улучшения прогноза жизни тучных больных. В качестве первичной цели предлагается снижение массы тела на 10 % в течение 6 месяцев.

И система питания, и физические нагрузки нуждаются в тщательном, хорошо продуманном и строго индивидуальном дозировании. Лечение ожирения, как, кстати, и лечение любого другого хронического заболевания, должно носить непрерывный характер, то есть комплекс мер, направленных на активное уменьшение избыточной массы тела, ни в коем случае не должен заканчиваться возвращением пациента к обычному для него и его семьи питанию и образу жизни. Он должен плавно переходить в комплекс мер, направленных на поддержание достигнутого результата.

Обязательны мероприятия по профилактике ожирения

Регулярная оценка массы тела всех пациентов, определение объема талии. Если эти показатели в пределах нормы или снижаются, следует проинформировать пациента и одобрить его поведение [4].

Оценка характера питания и пищевых привычек, прогностически значимых для развития ожирения, которые желательно проводить всем пациентам независимо от величины ИМТ.

Информирование пациентов о вреде избыточной массы тела, особенно о риске развития сердечно-сосудистых заболеваний. Пациентам с ИМТ выше 30 необходимо рекомендовать снижение массы тела, чтобы довести показатель до 27 и ниже, как долгосрочную цель. При этом снижение массы тела должно составлять не более 0,5–1 кг в неделю. Если изменение питания недостаточно эффективно, рекомендуется введение низкокалорийной диеты.

Постоянное наблюдение и поддержка пациента во время лечения ожирения. Желательно еженедельно или хотя бы раз в две недели повторно измерять ИМТ, проверять дневник питания, высказывать пациенту одобрение, наблюдать за увеличением двигательной активности и физических нагрузок.

Темы для обсуждения с пациентами в целях успешного изменения пищевого поведения

1. Ведение пищевого дневника.
2. Снижение массы тела — изменение стиля жизни на долгий срок.
3. Изменение пищевых привычек.
4. Роль физической активности в лечении ожирения и способы ее повышения.
5. Анализ ситуаций, провоцирующих переедание, и поиск путей их устранения.
6. Почему так важно планировать меню на день.
7. Влияние стресса и негативных эмоций на аппетит.
8. Еда как способ борьбы с негативными эмоциями, поиск альтернативных путей для борьбы с ними.
9. Умение владеть чувствами и эмоциями.

Таким образом, роль врача общей практики в профилактике заключается в выявлении пациентов с ожирением, постоянном диспансерном наблюдении за ним с модификацией образа жизни, первостепенными факторами которого являются рациональное сбалансированное питание и регулярные физические нагрузки.

Осознание того, что ожирение, пожалуй, как никакое другое заболевание носит отчетливо выраженный семейный характер, открывает перед врачами общей практики новые возможности по его профилактике и лечению, а также по профилактике и лечению заболеваний, причинно связанных с ожирением.

Ожирение нельзя вылечить без участия, активного сотрудничества и взаимопонимания между врачом и пациентом, поэтому для достижения хорошего эффекта просто необходимо, чтобы пациенты правильно понимали врача, логику и обоснованность тех или иных рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский, А. Ю. Европейские клинические рекомендации – 2008. «Лечение ожирения у взрослых» / А. Ю. Заславский. — Донецк: Издатель, 2011. — С. 32.
2. Еганян, Р. А. Школа здоровья. Избыточная масса тела / Р. А. Еганян, А. М. Калинина. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. — С. 186.
3. Соболева, Н. П. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева // Российский медицинский журнал. — 2014. — № 4. — С. 4–13.
4. Корж, А. Н. Современные подходы к профилактике ожирения / А. Н. Корж // Международный медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 39–43.

УДК 616.12-005.4-036.8:612.014.464-08

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В БЛИЖАЙШЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Интерес к изучению проблем оптимизации санаторно-курортного лечения и повышения качества жизни (КЖ) кардиологических пациентов возрастает в современных условиях при существующей тенденции к сокращению сроков их пребывания в стационарах, диверсификации методов курортной терапии, увеличении количества пациентов с сопутствующей патологией [1].

В связи с осознанием определенной ограниченности возможностей медикаментозной терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) из-за побочных эффектов усиливается внимание к физиотерапевтическим методам лечения, которые содержат широкий диапазон воздействия на систему регуляции гемодинамики и различные виды обменов [2].

Одним из перспективных путей в этом направлении является использование медицинского озона, обладающего широким спектром воздействия на биологические структуры. В терапевтических концентрациях особенно при парентеральном введении озono-кислородной смеси активизируется система антиоксидантной защиты, усиливается микроциркуляция в зоне ишемии, наблюдается явно выраженный иммуномодулирующий эффект [3].

Цель

Изучение влияния озонотерапии (ОЗТ) в комплексном восстановительном лечении пациентов с ИБС на КЖ в ближайшем и отдаленном периоде.

Материал и методы исследования

Исследование проведено в санаторно-курортной организации РУП «Гомельское отделение Белорусской железной дороги». В исследование включено 85 пациентов с ИБС: первая основная группа (ОГ-1) представлена 35 пациентами, получавшими ОЗТ в комплексном санаторном лечении; вторую основную группу (ОГ-2) составили 30 пациентов, которые получали ОЗТ в виде монотерапии; контрольную группу (КГ) — 20 человек, которые получали комплексное санаторное лечение без ОЗТ. Разделение пациентов на группы проводилось с учетом возраста, пола, характера течения и длительности заболевания. Соответствие пациентов с ИБС со стабильной стенокардией (ФК I–II) в КГ и в основных группах было примерно одинаковым.

Мужчин среди обследованных пациентов было 46 (54,1 %), женщин — 39 (45,9 %). В исследование включены лица с ИБС, получавшие санаторно-курортное лечение, преимущественно трудоспособного возраста: 45–50-летних было 28 (32,9 %), 51–60-летних — 57 (67,1 %) чел.

Все группы пациентов наблюдались на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации. Осмотр этих же лиц проводился через 3, 6 и 12 мес. после санаторно-курортного лечения. КЖ изучалось с помощью анкетирования.

Озоно-кислородная смесь для лечебных целей синтезировалась в потоке чистого медицинского кислорода при помощи автоматической медицинской озонотерапевтической установки УОТА 60–01 «Медозон», г. Москва.

Результаты исследования и их обсуждение

Наш опыт применения ОЗТ показал, что оптимальным методом оздоровления является внутривенное капельное введение озонированного физиологического раствора (концентрация озона 2,5–3,0 мг/л) 2–3 раза в неделю (всего 6–8 процедур) с включением диетотерапии, аэротерапии, бальнеолечения, гидропатических процедур, психотерапии. Озонотерапевтические процедуры переносились хорошо, без побочных явлений.

Методика оценки качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life, P. Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995) [4] изложена в методических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь [5].

Важным преимуществом исследования КЖ является то, что оценка состояния пациента базируется на его субъективном восприятии. Из огромного множества переменных, характеризующих КЖ пациентов и анализируемых в работах европейских врачей, наиболее значимыми оказались следующие: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, познавательная функция, экономическое состояние.

При субъективном исследовании в ближайшем и отдаленном периоде основными были жалобы на общую слабость (42 чел. — 49,4 %) в сочетании с головной болью (23 чел. — 27,1 %), головокружением (12 чел. — 14,1 %), одышкой (28 чел. — 32,9 %), с неприятными ощущениями и болью в области сердца (32 чел. — 37,6 %).

Таким образом, наиболее частыми и постоянными были жалобы на общую слабость, периодические боли в области сердца, одышку. Это позволяет сделать вывод, что данные жалобы являются стойкими дезадаптирующими синдромами.

Контрольное обследование через 3 мес. показало, что у пациентов, в комплексное санаторное лечение которых была включена ОЗТ (ОГ-1), а также при монотерапии озонкислородной смесью (ОГ-2) достоверно уменьшилось количество приступов стенокардии, дозы принимаемого нитроглицерина, а также частота эпизодов ишемии на электрокардиограмме.

Значения различных параметров КЖ в ближайшем и отдаленном периоде были весьма переменны, но все они достоверно различались (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) через 3, 6 и 12 мес. по отношению к контрольным данным.

Так, физическая мобильность до лечения у пациентов КГ, ОГ-1 и ОГ-2 составила, соответственно, $55,8 \pm 1,8$, $57,1 \pm 1,1$, $58,7 \pm 1,0$ % и по сравнению со здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту ($85,7 \pm 0,8$ %), статистическое различие оказалось высокодостоверным ($p < 0,001$). Наиболее значимое повышение физической мобильности отмечалось через 3 мес. у пациентов ОГ-1 и ОГ-2. Так, в ОГ-1 этот показатель составил $83,1 \pm 1,3$ % и приближался к аналогичному показателю практически здоровых лиц, в ОГ-2 он был несколько меньше — $77,2 \pm 0,7$ %.

Через 6 мес. повышение данного показателя составило в ОГ-1 — $81,7 \pm 0,7$ %, в ОГ-2 — $74 \pm 1,6$ %. Названный показатель по сравнению с КГ являлся высокодостоверным ($p < 0,001$). К 12 мес. в основных группах отмечалось снижение данного показателя, которое было по сравнению с исходными данными также высокодостоверным ($p < 0,001$).

ИБС относится к факторам высокого риска ухудшения психоэмоционального статуса, развития у пациентов с сердечно-сосудистой патологией депрессии. В связи с этим непреложным требованием к лечению ИБС должно быть улучшение психоэмоционального статуса больных и их КЖ в целом.

Эмоциональное состояние у пациентов основных групп стабилизировалось, сохранялось достоверное различие по отношению к контролю через 3, 6 и 12 мес. Динамика данного показателя была наиболее выраженной через 3 мес. у пациентов ОГ-1 и несколько меньше к этому сроку — у больных ОГ-2. К 6 и 12 мес. отмечалось дальнейшее снижение данного показателя, однако по сравнению с исходными данными обследуемых групп больных его величина оказалась достоверно различной ($p < 0,001$).

Психоэмоциональный фон у пациентов ОГ-1 через 3–6 мес. значительно улучшился, они стали более активными как на работе, так и в домашних условиях. Круг общения увеличился (29 чел. — $82,9$ %), однако незначительная часть респондентов (6 чел. — $17,1$ %) по-прежнему ограничивала общение. Эти пациенты связывали свое состояние с частым угнетенным, подавленным настроением и нежеланием расширять круг своих знакомых. Через 3–6 мес. после комплексного лечения с включением ОЗТ (ОГ-1) пациенты подтвердили относительную стабильность эмоционального статуса (незначительное снижение у 80 %, умеренное — у $14,3$ %, выраженное — у $5,7$ %). В КГ отмечено также недостоверное увеличение показателя эмоционального статуса в ближайшем и отдаленном периоде.

Показатель сексуальной функции у пациентов ОГ-1 и ОГ-2 был наибольшим через 3 и 6 мес., затем несколько снижался к 12 мес., в КГ же его увеличение было недостоверным.

У обследованных были снижены и социальные функции, отражающие их участие в трудовом процессе. Социальная деятельность наибольших величин достигла через 3 и 6 мес. В ОГ-1 она составила $81,5 \pm 0,9$ %, в ОГ-2 — через 3 мес. — $81,3 \pm 0,8$ %, а через 6 мес. — $76,4 \pm 1,1$ %, что несколько ниже, чем в ОГ-1. В КГ отмечено также ее увеличение, но оно было недостоверным в сравниваемые сроки по отношению к основным группам.

Через 3 мес. показатель когнитивной функции у пациентов КГ несколько повысился и составил $71,4 \pm 1,6$ %; остальные показатели через 6 и 12 мес. были почти на одинаковом уровне, также как исходно ($63,6 \pm 1,8$ %). Резко выраженное повышение показателя когнитивной функции отмечено у пациентов ОГ-1 и ОГ-2.

Экономическое положение у пациентов ОГ-1 через 3–6 мес. значительно улучшилось и было высокодостоверным по сравнению с пациентами КГ ($p < 0,001$), у лиц из ОГ-2 высокий показатель был через 3 мес., затем несколько снизился через 6 и 12 мес.

Интегральный показатель для общей характеристики КЖ был резко снижен до лечения во всех группах пациентов. Так, из 85 обследованных значительное снижение было выявлено у 30,6 %, умеренное — у 57,4 % и незначительное — в 12 % случаев. После проведенного лечения выявлено увеличение данного показателя на протяжении 3–6 и 12 мес. Вместе с тем следует отметить, что наиболее высоким он был через 3, 6 и 12 мес. ($p < 0,001$) у пациентов ОГ-1, получавших ОЗТ.

Таким образом, суммарный показатель КЖ имел достоверную положительную динамику у пациентов ОГ-1 и несколько менее выраженную положительную динамику в ОГ-2 по сравнению с лицами контрольной группы.

Выводы

1. Анализ параметров КЖ у пациентов с ИБС до санаторного лечения выявил их значительное снижение. Все величины, характеризующие интегральный показатель по сравнению с КГ (практически здоровыми лицами) оставались достоверно сниженными.

2. Оценка КЖ пациентов после восстановительного лечения с включением ОЗТ через 3, 6 и 12 мес. выявила при помощи анкетирования увеличение как интегрального показателя, так и всех его параметров по сравнению со здоровыми лицами.

3. Эффективность медицинской реабилитации пациентов с ИБС с определением параметров КЖ позволяет объективизировать процесс восстановительного лечения, прогнозировать исход заболевания, а также будет способствовать совершенствованию новых стратегий лечения кардиологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, Ю. А. Лечение стабильной ишемической болезни сердца: профилактика приступов стенокардии и улучшение качества жизни / Ю. А. Карпов // Атмосфера. Новости кардиологии. — 2016. — № 4. — С. 24–28.
2. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.
3. Быков, А. Т. Озонотерапия в комплексном лечении больных с ишемической болезнью сердца / А.Т. Быков, Е. И. Сычева, К. Н. Контрощикова. — СПб., 2000. — 112 с.
4. Белова, А. Н. Тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова, О. Н. Щепеткова. — М.: Антидор, 2002. — С. 205–224.
5. Пушкарев, Л. А. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / Л. А. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. — Минск: БНИИЭТИН, 2000. — 16 с.

УДК 612.014.464:612.013

ГЕРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОЗОНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ

Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С., Шахлан Л. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из главных задач современной геронтологии является активное долголетие. Поэтому в комплексной профилактике старения надо стремиться к триединству эффектов: ювенологическому — замедлению темпов старения, уменьшению биологического возраста человека; профилактическому — отдалению сроков возникновения возрастной патологии, а в конечном итоге — увеличению продолжительности жизни.

Известен ряд лекарственных веществ — геропротекторов, способных оказывать стимулирующее действие на стареющий организм с целью лечения и профилактики преждевременной старости. К этой группе относят витамины, биогенные стимуляторы, адаптогены, липотропные средства, пептидные регуляторы цитомединов, антиоксиданты, стволовые клетки.

Важнейшим немедикаментозным природным средством с геропротекторным действием является озono-кислородная смесь, влияние которой на организм человека верифицировано многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных

ученых. [1]. Объяснением такого универсального эффекта озонотерапии (ОЗТ) служит широта биологического действия озона. В терапевтических концентрациях, усиливая продукцию биологически активных веществ, ОЗТ регулирует метаболизм биологических субстратов углеводов, белков, липидов с улучшением микроциркуляции и трофических процессов в органах и тканях.

Озон имеет способность активизировать липидный обмен, в частности, окисление жирных кислот путем как непосредственного взаимодействия с липидами в кровеносном русле, так и стимулирования антиоксидантной системы (АОС) защиты организма. В соответствии с современными представлениями, выраженной атерогенностью обладают перекисно окисленные липопротеиды. В основе перекисной теории атеросклероза важным моментом признаются активация АОС защиты и нормализация показателей перекисного окисления липидов, что снижает токсичность липопротеидных комплексов, уменьшает их способность проникать в сосудистую стенку и активизировать макрофаги. [2, 3].

Наряду с гиполипидемическим действием ОЗТ обладает плеiotропными эффектами, то есть улучшает функцию эндотелия, снижает содержание С-реактивного белка, подавляет агрегацию тромбоцитов, пролиферативную активность гладкомышечных клеток. В связи с этим коррекция дислипидемии и как следствие — профилактика или замедление уже имеющегося атеросклеротического процесса может рассматриваться как мероприятия, направленные на устранение преждевременного старения [1, 4, 5].

Цель

Оценка влияния курсового применения ОЗТ на клинические проявления и липидный спектр крови пациентов с ИБС пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования

Медицинский озон — это озонкислородная смесь, получаемая из медицинского кислорода. В качестве озонатора использовалась автоматическая установка УОТА-60-01 «Медозон» (г. Москва). Поступающий в аппарат кислород, проходя между пластинами электродов, под действием электрического разряда обогащается озоном.

Нами использовался насыщенный озоном (барботированный) 0,9 % раствор натрия хлорида в количестве 200 мл с концентрацией озона от 0,5 до 2,0 мг/л, который вводился пациенту внутривенно, капельно, в течение 18–20 мин, что обусловлено быстрым распадом озона в растворе.

На базе санатория Гомельского отделения Белорусской железной дороги под нашим наблюдением находилось 98 пациентов (50 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 60 до 78 лет, со стабильной стенокардией II и III функциональных классов (ФК). Контрольная группа (КГ) (30 пациентов) получала санаторное лечение на фоне традиционной медикаментозной терапии, остальным 68 пациентам (основная группа — ОГ) в комплексное лечение включалась также ОЗТ.

Протокол лечения включал стандартный опрос, физикальный осмотр, функциональное обследование. Проводилось лабораторное исследование сыворотки венозной крови, взятой утром натощак после 12-часового голодания. Исходно, а также через 3 и 12 недель после ОЗТ определялись уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), индекса атерогенности (ИА).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с оценкой достоверности по критерию Стьюдента с помощью разработанного комплекса программ по введению базы данных и статистическому расчету показателей среднего арифметического. Различия между двумя средними величинами считали достоверным при $p < 0,05$.

Группы пациентов по возрасту, полу, характеру течения заболевания достоверно не различались ($p > 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В анамнезе у 10 пациентов был инфаркт миокарда с формированием Q-зубца. У 83 пациентов (85 %) наблюдались признаки гиперлипидемии, а у 71 (72 %) — артериальная гипертензия. Среди различных видов нарушения ритма сердца чаще всего определялись изменения функции автоматизма (30 %), возбудимости (15 %), проводимости (22 %), у 10 пациентов ЭКГ-показатели были в пределах нормы.

Практически все пациенты с ИБС отмечали приступы стенокардии при превышении индивидуального порога физических нагрузок на фоне антиангинальной терапии. Почти все пациенты принимали стандартную медикаментозную терапию (продолжительные нитраты, бета-блокаторы или антагонисты кальция). По мере необходимости артериальная гипертензия у них корректировалась ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

В течение 3 недель 52 пациентам проводилась ОЗТ в виде внутривенного капельного введения ОФР 2–3 раза в неделю (всего 8 процедур) в комплексе санаторного лечения с включением показанных режимов движения, аэротерапии, щадящей бальнеотерапии, гидротатических процедур, диетотерапии.

Оценка состояния пациентов на протяжении восстановительного лечения проводилась по клиническим признакам (количеству приступов стенокардии и частоты приема антиангинальных препаратов, данным толерантности к физическим нагрузкам, показателям артериального давления (АД) и ЭКГ), а также по динамике показателей липидограммы сыворотки крови.

По данным проведенных обследований установлено достоверное улучшение общего состояния у 96 % пациентов с ИБС, которое было наиболее выраженным у пациентов, получавших санаторное лечение с включением ОЗТ. Так, у 38 пациентов из 68 ОГ (55,9 %) ангинозные приступы в процессе курса восстановительного лечения полностью прекратились, а у 30 пациентов этой же группы (44,1 %) количество приступов стенокардии уменьшилось более чем на 50 %, что позволило пациентам снизить дозу принимаемых антиангинальных препаратов наполовину, а в ряде случаев полностью отказаться от них. В КГ удалось снизить дозу антиангинальных препаратов только у половины пациентов.

При включении ОЗТ в комплексное лечение пациентов положительное влияние (уменьшение количества приступов стенокардии и приемов нитроглицерина) наблюдали в более ранние сроки, чем при медикаментозном лечении. Кроме того, уменьшались клинические проявления сопутствующих заболеваний, снижалась резистентность к медикаментам. Так, в группе пациентов, в комплексное лечение которых включалась ОЗТ, общее состояние улучшалось уже через 2–3 дня, а снижение АД отмечалось на 3–7 дней раньше, чем в КГ.

Выявлена положительная динамика не только субъективного состояния, но и данных ЭКГ-исследования. Так, тенденция к нормализации функции автоматизма, возбудимости, интервала ST и зубца T отмечалась достоверно у пациентов ОГ. Нормализация системного АД происходила в течение 3–5 дней в ОГ. В группе пациентов со стойкой АГ применение ОЗТ в комплексе с гипотензивными медикаментами позволило использовать их в меньших дозировках.

К концу лечения у всех пациентов ОГ отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке.

В результате санаторного лечения с включением ОЗТ исходно нарушенные показатели липидного спектра системы крови достоверно улучшались.

Так, уровень ОХС уже через 3 недели достоверно снизился с $6,82 \pm 0,18$ до $5,72 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,01$), а через 12 недель — до $4,92 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,001$), концентрация ХС ЛПНП уменьшилась с $4,59 \pm 0,21$ до $3,62 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,01$) к концу лечения, а через 12 недель составила $2,91 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Выявлено также достоверное снижение через 12 недель после проведенного лечения уровня ХС ЛПОНП и ТГ ($p < 0,05$). Отмечено достоверное увеличение содержания ХС ЛПВП — с $1,03 \pm 0,02$ до $1,29 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,05$) через 12 недель. В результате проведенного лечения также достоверно снизился показатель атерогенности сыворотки крови — ИА ($p < 0,05$), а через 12 недель он стал высоко достоверным ($p < 0,001$).

Таким образом, при санаторном лечении с включением ОЗТ уже через 3 недели наблюдалось достоверное улучшение показателей липидограммы системы (ОХС, ХС ЛПНП, ИА), которые стали достоверно значимыми к 12 неделям, что связано с запуском каскада биохимических реакций, вызванных ОЗТ и продолжающихся в течение нескольких месяцев.

В КГ у пациентов на фоне традиционной терапии наблюдалась тенденция к ухудшению показателей липидного обмена: увеличение ОХС на фоне снижения ХС ЛПВП.

Таким образом, для оценки геропротекторного действия ОЗТ рекомендуется использовать уменьшение атерогенных сдвигов в плазме крови, учитывая высокую степень корреляции уровня холестерина.

Вывод

На основании данных собственных исследований можно сделать вывод, что применение ОЗТ, прежде всего, у пациентов с различными формами атеросклеротического процесса, улучшает показатели липидного обмена, снижая риск смертности от сердечно-сосудистой патологии, и способствует увеличению продолжительности жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Масленников, О. В. Практическая озонотерапия / О. В. Масленников, К. Н. Конторщикова. — Н. Новгород, 2011. — 135 с.
2. Ковальчук, Л. С. Биологические и биохимические основы озонотерапии / Л. С. Ковальчук // Проблемы здоровья и экологии. — 2007. — № 2 (12). — С. 93–101.
3. Franklin, B. A. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease: changing paradigms and perceptions / B. A. Franklin // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. — 2006. — Vol. 5. — P. 669–673.
4. Пристром, М. С. Терапия и реабилитация сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Белорусская наука, 2007. — 415 с.
5. Озонотерапия. Креативный подход в лечении соматических заболеваний / М. А. Чичкова [и др.] // Междун. журнал эксперимент. образов. — 2016. — № 10-1. — С. 102–103.

УДК 616.314-002-084

НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

Латышева С. В., Будевская Т. В., Абаимова О. И.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Совершенствование стоматологического образования и повышение качества оказания профилактической помощи — важнейшее требование сегодняшнего дня [2]. Опыт стоматологического образования в странах Европы показывает, что для достижения соответствующего современным требованиям уровня подготовки врача необходимо заложить основы не только клинического, но и профилактического мышления [2, 5]. Вопросы, касающиеся практической реализации диагностики ранних форм кариеса в сочетании с устранением факторов риска, особенно актуальны и востребованы, поскольку влияют на здоровье населения.

Цель

Путем анализа тематических амбулаторных карт пациентов изучить факторы риска и диагностику кариеса, связав их с вопросами профилактики.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 304 тематических амбулаторных карт пациентов в возрасте 17–25 лет. Особое внимание уделяли выясненным факторам риска при опросе пациентов, оценке стоматологического статуса по показателям: ОНI-S, КПИ, КПУ. Учитывали описанные формы кариеса и их лечение, а также отмечали имеющиеся профилактические рекомендации. Среди факторов риска, зарегистрированных в протоколах обследования пациента, обращали внимание на частоту посещения пациентом кабинета гигиены, использование интердентальных средств и фторсодержащих паст, методику чистки зубов, прием углеводов и др.

Детальное изучение стоматологических амбулаторных карт показало, что на этапе опроса при лечении кариеса в 13,5 % случаев выяснялись факторы риска, что свидетельствует о недостаточной профилактической работе и, соответственно, снижает качество лечения кариеса. В различных клинических ситуациях у немотивированных уходу за полостью рта пациентов с учетом времени накопления биопленки в труднодоступных для очищения участках, межзубных промежутках, фиссурах, при нарушении режима гигиенического ухода частый прием углеводов приводит к агрессивности кариесогенных возбудителей и, как следствие, развитию кариеса. Информация, отражающая причинно-следственную связь в развитии кариеса и гингивита, должна использоваться для формулирования вопросов, на которые в ходе опроса будут отвечать пациенты. Именно на основании анамнестических данных по факторам риска можно обоснованно мотивировать пациента и давать им конкретные рекомендации с целью минимизации воздействия патогенных микроорганизмов [1, 4] (рисунки 1, 2).



Рисунок 1 — Данные о факторах риска



Рисунок 2 — Рекомендации пациентам

Анализ оценки внутриорального обследования по данным протоколов показал, что у всех пациентов выявлены клинические проявления гингивита и отклонения в показателях индексов ОНI-S и КПИ. Систематизация принятых пациентов с пораженными зубами свидетельствовала, что кариес эмали в стадии пятна (фаза деминерализации) был зарегистрирован в 4,4 %, кариозный дефект в пределах эмали — в 19,8 %, кариес дентина (средний) — в 64,8 %, глубокий — в 11 % случаев. Эти данные указывают на несвоевременную диагностику ранних форм кариеса. Вопросы профессиональной гигиены, зафиксированные в картах обследования, были освещены недостаточно и только в 6 % случаев были описаны рекомендации по уходу за полостью рта (рисунок 2).



Рисунок 3 — Этиология кариеса зубов (П. А. Леус)

Можно ли вообще предупредить кариозную болезнь? Для этого необходимо иметь четкое представление о механизмах развития кариеса, о факторах риска, ведущих к развитию кариозной болезни. Результаты многолетних экспериментальных и клинических исследований, проведенных профессором П. А. Леусом, доказали, что кариес зуба — это начальный симптом неспецифической инфекционной болезни зубочелюстной системы, провоцируемый и поддерживаемый многочисленными факторами риска, главными из которых являются пониженная резистентность твердых зубных тканей, неудовлетворительная гигиена рта и частое употребление сладких продуктов питания [1, 2].

С позиций инфекционного генеза кариозной болезни в полости рта формируются очаги инфекции (в виде биопленки), в основном — в десневой бороздке (неиспользование интердентальных средств), а также в области фиссур, если их своевременно не запечатать [3, 4, 5]. Золотое правило обследования стоматологического пациента — обязательное выяснение его информированности о факторах риска, правилах ухода за полостью рта, методах и средствах гигиены, что может обеспечить успех профилактики ранних форм кариеса и гингивита. Собранные при опросе данные о факторах риска, ведущих к развитию кариеса и гингивита, являются основой для мотивации и привития необходимых гигиенических навыков. Только на основании выясненных при опросе факторов риска можно разработать и обосновать эффективные лечебно-профилактические мероприятия. Важное значение имеет диагностика ранних форм кариеса, проводимая визуально. Одним из наиболее популярных методов профилактики кариеса является герметизация фиссур, что делает их намного более устойчивыми к воздействию кислот. Существуют инновационные методы, позволяющие выявить самые ранние стадии кариозной болезни [2]. Например, метод, основанный на воздействии лазерного излучения (аппарат DiagnoDent, KaVo), рекомендованный только для диагностики кариесаокклюзионных поверхностей [3, 5]. А самый эффективный метод профилактики на популяционном уровне — это использование фтор-препаратов (местные фторсодержащие лаки, пасты, ополаскиватели, которые являются антикариозными [2]. Важно помнить, что реставрация, даже самая качественная, не может быть аксиомой профилактики. И потому, можно с уверенностью утверждать, что врач состоится только тогда, когда поймет всю значимость профилактики.

Полученные результаты ретроспективного анализа протоколов амбулаторных карт свидетельствуют, что у молодых людей редко диагностируют ранние формы кариеса, а пациентов недостаточно информируют о причинах их развития.

С позиции практической значимости эффективной профилактики кариеса необходимо шире использовать убедительные, научно-обоснованные рекомендации, направленные на снижения чистоты употребления углеводов, повышение резистентности эмали и привитие гигиенических навыков.

Систематизация выявленных факторов риска и диагностика ранних форм кариеса позволяет грамотно спланировать лечебно-профилактическую работу.

Необходимо при каждом приеме пациентов проводить разъяснительные беседы на тему профилактики кариеса, акцентируя внимание на важность очищения труднодоступных участков, где накапливаются микробы, чтобы минимизировать воздействие патогенных микроорганизмов.

Целевое назначение профилактики ранних форм кариеса — это практическая реализация индивидуальных рекомендаций, направленных на воздействие причинно-следственной связи с локальными факторами риска в сочетании со своевременной диагностикой кариеса. Ее достижение будет способствовать улучшению прогноза стоматологического статуса и здоровья в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Леус, П. А.* Биопленка на поверхности зуба / П. А. Леус. — М.: Изд-во ДОМ, STBOOK, 2008. — 87 с.
2. *Леус, П. А.* Диагностика, лечение и профилактика кариеса зубов / П. А. Леус. — Минск: Регистр, 2018. — 218 с.
3. *Родионова, А. С.* Современные технологии для ранней диагностики кариеса / А. С. Родионова // *Стоматолог-практик*. — 2014. — № 4. — С. 36–37.
4. *Liu, Ya. L.* Progress toward understanding the contribution of alkali generation in dental biofilms to inhibition of dental caries / Ya. L. Liu, M. Nascimento, R. A. Burne // *Burne International Journal of Oral Science*. — 2012. — Vol. 4. — P. 135–140.
5. *Pretty, J. A.* Caries detection and diagnosis: novel techniques / J. A. Pretty // *J Dent*. — 2006. — Vol. 34. — P. 727–739.

УДК 616.31

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЧАСТНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА***Лебедева А. М., Попова Е. О., Пашина И. В.***Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация*****Введение***

Вопросы изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью как одного из критериев качества в наши дни становятся все более актуальными. Это объясняется соблюдением такого принципа менеджмента качества, как «Ориентация на потребителей». Сама же система менеджмента качества в России является инструментом управления деятельностью медицинских организаций [1]. Удовлетворенность, в отношении качества медицинской помощи стоит понимать, как совокупность мнений пациентов о медицинских и немедицинских аспектах оказанной помощи, соответствующая их потребностям, в том числе ожидаемым. Уровень удовлетворенности медицинской помощью служит важной структурной составляющей комплексной оценки деятельности здравоохранения [2]. Стоит отметить, что изучение общественной позиции позволяет выявить ряд возможных усовершенствований деятельности медицинских учреждений с учетом реальных потребностей пациентов.

Цель

Оценить степень удовлетворенности оказанной стоматологической помощью и отношение пациентов к работе частных стоматологических клиник Сеймского округа г. Курска.

Материал и методы исследования

В исследовании был применен социологический метод: проводилось анонимное анкетирование пациентов частных стоматологических клиник.

Всего было опрошено 200 пациентов, среди них женщины составили 60 %, мужчины — 40 %. В зависимости от возраста опрошенных они были разделены на 4 группы.

Первая группа (11 %) — пациенты от 18 до 30 лет, 2-я (40 %) — от 30 до 40 лет, 3-я (39 %) — от 40 до 50 лет, 4-я группа (10 %) — от 50 лет и старше.

Для определения удовлетворенности пациентам предлагалось оценить по десятибалльной шкале (где 1 — очень плохо, 10 — отлично) — компонента качества стоматологической помощи: структурное качество, качество технологии или процесса, качество результата.

Обработка полученных результатов проводилась в «MSExcel 2013» и «Statistica», 10.0 для Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из возрастной структуры опрошенных, можно сделать вывод о том, что пациенты частной стоматологической поликлиники — лица наиболее активного трудоспособного возраста (от 30 до 50 лет) — 79 %.

Среди всех опрошенных было выявлено, что 58 % посещают врача-стоматолога 1 раз в год и реже, 33 % — несколько раз в год, 9 % — несколько раз в месяц. Специалисты рекомендуют посещать стоматолога не менее 2 раз в год, чего не делают более половины (58 %) опрошенных. Это говорит о недостаточности профилактической работы стоматологической клиники.

Вопрос об информированности пациентов показал, что не все они были осведомлены о предстоящих манипуляциях. Опрос показал: всегда информировались о предстоящем вмешательстве 93 %, иногда — 6 %, никогда — 1 %. Все манипуляции, проводимые в частной стоматологической поликлинике, должны оплачиваться и проводиться только после информирования пациента о цене и с его согласия.

В результате оценки опрошенными структурного качества были выявлены следующие результаты: режим работы частных стоматологических поликлиник Сеймского округа г. Курска получил в среднем 8,0 балла, работа регистратуры — 8,5 балла, оснащение стоматологического кабинета — 9,2 балла, компетентность врача — 9,5 балла. При оценке качества технологии или процесса было выявлено, что вежливость и внимательность получили 9,6 балла, организация работы среди опрошенных в среднем — 8,5 балла, рекомендации врачей — 8,7 балла. Результатом проведения манипуляций пациенты были удовлетворены в среднем на 9,5 балла из 10. Средний уровень удовлетворенности по итогам анкетирования составил 8,9 балла.

Таким образом, наиболее актуальные проблемы удовлетворенности населения стоматологической помощью следующие: неудобный график работы медицинских организаций, недостаточное внимание врачей вопросам этики и деонтологии, слишком малый объем предоставляемой пациентам информации как о предстоящих медицинских вмешательствах, так и по вопросам профилактики заболеваний полости рта.

При планировании открытия нового стоматологического кабинета исследование позволило определить наиболее рациональный режим его работы: в 2 смены: 8.00–14.00 и 16.00–22.00. Перерыв в работе с 14.00 до 16.00 важен для санитарной обработки кабинета и подготовки инструментов.

С учетом преобладания пациентов молодого и трудоспособного возраста, которые владеют информационными технологиями, было решено ввести электронную запись на прием через официальный сайт.

В соответствии с основными проблемами, отмеченными пациентами в работе действующих кабинетов и поликлиник, было предложено добавить дополнительные услуги по профессиональной гигиене полости рта, снятию зубных отложений, отбеливанию зубов, а также уделить повышенное внимание профилактическому консультированию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н. И. Вишняков [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. — 2009. — № 2 (45). — С. 43–45.
2. Аврахова, Д. В. Совершенствование оценки удовлетворенности пациенток стационарной акушерско-гинекологической помощью и результаты экспериментального исследования / Д. В. Аврахова, В. И. Тимошилов // Актуальные проблемы и достижения в медицине: сб. науч. тр. по итогам III междунар. науч.-практ. конф. — М., 2016. — С. 121–123.

УДК 615.03

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПРИСОЕДИНЕНИЕМ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Маль Г. С.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

В отечественной и иностранной литературе немало работ, доказывающих присутствие иммунологических механизмов в патогенезе различных заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Гомеостаз, обеспечивается аутоантителами, которые связываясь с эндогенными соединениями, нейтрализуют их патогенное действие и оказывают протективный эффект. Но, иногда аутоиммунные реакции могут оказывать патологическое действие [2].

Именно иммунологическая концепция объединяет все многообразные механизмы в развитии атеросклероза. Она основана на трех положениях: нарушение функции иммун-

ной системы при атеросклерозе, с активацией гуморального звена иммунитета; во-вторых, эндотелиальные клетки в силу их иммунополюпотентности подвержены иммуноопосредованному поражению и, в-третьих, наличие у липопротеидов иммунорегуляторных свойств. Дисбаланс в иммунных процессах при коронарном атеросклерозе является следствием стимуляции и активации В-системы иммунитета антигенами.

Гипотеза о прямом влиянии вирусов на клетки эндотелия нуждается в дальнейшем изучении. Существуют убедительные доказательства процессов иммунного воспаления, вызванного вирусными факторами [4]. ОРВИ провоцируют воспалительную реакцию с повреждением эндотелия. Имеет значение количество перенесенных вирусных инфекций и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) для прогрессирования атеросклероза. Большое внимание уделяется цитокинам. Их провоспалительные эффекты сопровождают атеросклероз. Во многих исследованиях показана взаимосвязь между ростом уровня ФНО- α , IL-1 β , IL-6 с проявлениями дестабилизации атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) [3].

Цель

Оценить роль генетических маркеров в оценке эффективности гиполипидемической терапии у больных ИБС с присоединением коморбидной патологии.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 больных ИБС стенокардией напряжения I–II ФК изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией, 80 — с сочетанной патологией инфекционной патологией (острая вирусная инфекция).

На всех осмотрах (в день госпитализации и далее через 1, 2, 4, 12 и 24 недель терапии) проводился общеклинический анализ субъективного и объективного статуса пациента; определение липидных показателей крови; уровня интерлейкинов 1 β , 4, 6, 10 в сыворотке крови; определение уровня аминотрансфераз; регистрация ЭКГ, фармакогенетическое тестирование — определение наличия аллельных вариантов генов интерлейкинов 1 β , 4, 6, 10.

У больных преобладал гетерозиготный генотип –511СТ гена *IL-1 β* , –174GC гена *IL-6*, –589CC по *IL-4* и –1082AG гена *IL-10*.

Носительство генотипа –511СТ в промоторе гена *IL-1 β* сопряжено с избыточной продукцией цитокина (В. М. Ваву, 2012). У носителей данного гетерозиготного генотипа были выявлены более высокие значения ЛПНП.

У носителей –174GG продукция IL-6, которая составили 31 пг/мл, была выше по сравнению с другими генотипами ($p < 0,05$), что согласуется с данными других исследований (М. J. Naas, 2010).

Получено повышение продукции IL-4 и С-РБ у носителей генотипа –589ТТ по сравнению с другими генотипами.

IL-10, являясь супрессором продукции провоспалительных цитокинов и антигенпредставляющей функции макрофагов, служит ингибитором клеточного иммунитета. Распространенность генотипа G/G локуса G-1082A связана с активацией противовоспалительного иммунитета. Обнаружение в исследовании генотипов A/A ($p < 0,05$), сопровождалось низкой продукцией IL-10, что приводит к длительному сохранению повышенного содержания провоспалительных цитокинов и хронизации воспалительного процесса. Носительство генотипа –1082GG показало взаимосвязь со снижением С-РБ и уровнем холестерина ($p = 0,003$), что подтверждало активацию противовоспалительных процессов у больных с хроническим воспалением.

Выводы

Таким образом, анализ влияния генетического полиморфизма на лекарственный ответ, проявившийся в достижении целевого ХС ЛНП в группе сравнения (ИБС без ОРВИ), показал слабую прямую корреляционную связь между уровнем IL-1 β и IL-6 в сыворотке крови и генотипами –511ТТ и –174GC соответственно (12,8 пг/мл и 14 пг/мл). У носителей генотипа –511ТТ выявлен наиболее низкий уровень ХС ЛНП и высокий — ХС ЛВП ($p < 0,05$), что свидетельствовало о реализации гиполипидемического эффекта розувастатина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, К. Г. Роль латентного воспаления в патогенезе фибрилляции предсердий / К. Г. Адамян, С. В. Григорян, Л. Г. Азарпетян // Вестн. аритмологии. — 2008. — № 54. — С. 34–41.
2. Закирова, Н. Э. Иммуновоспалительные реакции при стабильном течении ишемической болезни сердца / Н. Э. Закирова, А. Н. Закирова, И. Е. Николаева // Мед. вестн. Башкортостана. — 2012. — Т. 7, № 4. — С. 26–28.
3. Diagnosis and treatment of coronary vulnerable plaques / Н. М. Garcia-Garcia [et al.] // Expert Rev. Cardiovasc. Ther. — 2008. — Vol. 6, № 2. — P. 209–222.
4. Heart failure incidence and survival (from the atherosclerosis risk in Communities study) / L. Loehr [et al.] // Am. J. Cardiol. — 2008. — Vol. 101. — P. 1016–1022.

УДК 615.03

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ БОРЬБЫ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*Маль Г. С.*

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Традиционно критериями эффективности лечения в клинических исследованиях являются физикальные и лабораторно-инструментальные показатели. Однако они не способны охарактеризовать самочувствие пациента и его функционирование в повседневной жизни — качество жизни (КЖ).

Под качеством жизни, связанным со здоровьем (health related quality of life — HRQL), понимают интегральную характеристику физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемую исходя из его субъективного восприятия. Существует несколько определений качества жизни. Так, ВОЗ в 1996 г. определила качество жизни как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями».

Оценка КЖ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) подвергалась критике рядом исследователей, как слишком субъективная и ненадежная. Вместе с тем, достоверность оценки состояния больного с помощью специальных опросников при ИБС сравнима с результатами нагрузочных проб [1].

В настоящее время, согласно отечественным рекомендациям, увеличение продолжительности жизни и улучшение КЖ больных являются основными задачами в лечении ИБС.

Под наблюдением находились 120 мужчин с гиперлипидемией (ГЛП), а также ИБС, относящихся к группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE [2]. Группы пациентов формировались по следующим стратификационным критериям: возраст от 40 до 61 года, I или II функциональный класс стабильной стенокардии, наличие изолированной (IIA) или сочетанной (IIB) ГЛП. Фармакологическая коррекция проводилась розувастатином в дозе 10 мг/сут в течение года с контролем параметров липидного обмена в момент включения, через 4, 8, 24 и 48 недель (0, 1, 2, 3, 4 точки исследования соответственно), с переводом на комбинированную терапию (розувастатин в дозе 10 мг/сут и эзетимиб 10 мг/сут) пациентов, не достигших целевых значений по показателю ХС ЛНП (1,8 ммоль/л) к 8 неделе исследования (3 точка). В качестве критерия эффективности гиполипидемической терапии принималось условие достижения целевых значений уровня ХС ЛНП [2].

Изучение качества жизни проводилось с использованием опросника SF-36 [4,5]. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье [3]. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале [2]. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Детальный анализ КЖ позволил установить, что у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП на момент включения в исследование наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений.

Показатели физического функционирования у пациентов, страдающих ИБС, с атерогенными ГЛП в момент включения были снижены преимущественно за счет шкал жизненной активности, энергии и физической боли, дискомфорта. Пациенты предъявляли жалобы на болевой синдром, плохое самочувствие, снижение жизненной энергии, повышенную утомляемость. Боль в области сердца воспринималась ими как препятствие для полноценной конструктивной жизнедеятельности. В ходе беседы выяснялось, что у большинства пациентов чувство страха вызывала постоянная угроза возникновения боли, характерная для стенокардии, особенно для начала заболевания. Уровень независимости у пациентов трех групп получил средние оценки, был снижен в основном за счет зависимости от приема лекарств и способности к выполнению повседневных дел.

У больных ИБС с атерогенными ГЛП, получавших гиполипидемическую терапию, в сравнении с контрольной группой оказалось статистически значимым изменение оценки влияния болевого синдрома на качество жизни, в том числе на состояние физического здоровья, что привело к значительному приросту по шкале жизнеспособности наряду с положительной динамикой психологического здоровья. Все это говорит об улучшении качества жизни больных ИБС с атерогенными ГЛП на фоне приема гиполипидемической терапии.

Затем была проведена оценка влияния гиполипидемической терапии на динамику показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 с учетом выраженности индивидуального ответа при фармакологической коррекции нарушений липидного обмена и генотипа. У больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП, чувствительных к лечению розувастатином, в сравнении с группой пациентов, резистентных к проводимой монотерапии и переведенных на бикомпонентную терапию, не было получено статистически значимых различий в динамике показателей шкал опросника SF-36 как до лечения, так и после. Однако при анализе анкетных данных больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП на фоне коррекции нарушений липидного обмена с учетом генотипа оказалось, что исходные значения показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 у носителей D аллеля по полиморфизму ACE I/D отличались от таковых в сравнении с носителями I аллеля.

Проведенный анализ КЖ позволил установить, что у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП на момент включения в исследование наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений. В ходе обсуждения полученных результатов было обращено внимание на отсутствие статистически значимых различий в оценке КЖ у больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП, чувствительных к терапии розувастатином в дозе 10 мг/сут, в сравнении с группой пациентов, резистентных к данному виду вмешательства и переведенных на комбинированную терапию с добавлением эзетимиба в дозе 10 мг/сут. Другим не менее важным с практической стороны фактом является различие в оценке качества жизни у пациентов с различным генотипом ACE ID. Так, пациенты - носители D аллеля показали как изначально низкую оценку КЖ, так и меньшую динамику значений по шкалам опросника SF-36 независимо от вида фармакологической коррекции нарушений липидного обмена. Поэтому с точки зрения профилактического подхода представляет интерес связь генетических и личностно-поведенческих особенностей, рассматриваемых в качестве психологических факторов риска ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов, В. Н. Оценка качества жизни в коронарной хирургии / В. Н. Белов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — Т. 3, № 4. — С. 384–387.
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (V пересмотр) // Атеросклероз и дислипидемии. — 2012. — № 4. — С. 5–54.
3. Корнева, В. А. Клиническое значение генетического полиморфизма геновангиотензин-превращающего фермента и аполипопротеина Е / В. А. Корнева // Клинико-лабораторный консилиум. — 2010. — № 2/3. — С. 51–56.
4. Lahoud, R. Comparing sf-36 score versus biomarkers to predict mortality in primary cardiac prevention patients / R. Lahoud, D. Brennan, L. Cho // J. Am. Coll. Cardiol. — 2014. — Vol. 63, № 12. — P. 23–36.
5. Permission for questionnaire SF-36 use and copy. SF-36: Medical Outcomes Trust. — <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>.

УДК 616.12-008.331-08-036.82

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ,
ФАКТОРЫ РИСКА, АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ***Мамчиц Л. П.*

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь****Введение**

Изучение качества жизни, состояния здоровья лиц с артериальной гипертензией представляет интерес для оценки эффективности проводимых диагностических, лечебных и профилактических мероприятий [1]. Метод позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека — его физического, психологического и социального функционирования [2, 3]. Это важно, в первую очередь, для врачей, работающих в учреждениях первичного звена здравоохранения, ведь именно качество лечебно-профилактической работы с пациентами во многом определяет эффективность лечения артериальной гипертензии [4, 5].

Цель

Изучить качество жизни амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией, уровень их здоровья, факторы риска АГ, фармакоэпидемиологический анализ антигипертензивной терапии.

Материал и методы исследования

Проанализированы 153 медицинские карты пациентов с артериальной гипертензией стационара дневного пребывания; 150 анкет врачей-специалистов клинического и диагностического профиля.

Проведено социологическое исследование по изучению образа и качества жизни лиц старше 50 лет, проживающих в Гомеле. В исследовании приняли участие 180 человек, из них 132 амбулаторных пациента с наличием в анамнезе артериальной гипертензии (73,3 %). Все респонденты были разделены на группы в зависимости от уровней артериального давления: 1-я группа — лица с оптимальными показателями артериального давления (< 120 / < 80 мм рт. ст., 76 человек); 2-я — лица с нормальными показателями артериального давления (120/80–129/84 мм рт. ст., 43 человека); 3-я — лица с артериальной гипертензией I степени с показателями артериального давления 130/85–139/89 мм рт. ст., 32 человека); 4-я — лица с артериальной гипертензией II степени, имевшие уровни артериального давления 140/90–159/99 мм рт. ст., 34 человека). Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека, сопоставимые по полу и возрасту.

Анкета состояла из нескольких блоков и включала демографические характеристики (пол, возраст, занятость, образование, семейный статус), вопросы, дающие информацию о частоте обращаемости за медицинской помощью, о состоянии здоровья, заболеваемости инфекционными болезнями, наличии хронической патологии. Оценка качества жизни (КЖ) пациентов с артериальной гипертензией проводилась с помощью «SF-36 Health Status Survey».

Для количественной оценки результата проведенных исследований использовали отношение шансов (ОШ), критический уровень значимости при проверке гипотез $p = 0,05$. Структура выборки характеризовалась распределением респондентов по полу, возрасту, образованию, трудовой занятости, семейному статусу, материальным и жилищным условиям. Сравнение средних величин в группах, различающихся по полу, возрасту, образованию и другим параметрам, осуществляли методами непараметрической статистики, так как распределение в сравниваемых группах не было нормальным, генеральные дисперсии в них отличались по критерию Фишера. Для сравнения несвязанных выборок использовали тест Манн — Уитни. Различие между средними значениями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди респондентов удельный вес лиц, имевших хронические заболевания, составила 85,6 %, из них 25,8 % имели одну хроническую болезнь, в остальных случаях — сочетанную патологию. В структуре заболеваемости преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца), при сочетанной патологии чаще всего отмечались сердечно-сосудистая патология, заболевания опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта. Индекс полиморбидности составил $2,2 \pm 0,1$ групп заболеваний у одного пациента.

Средние значения показателей КЖ лиц старше 50 лет для 8 шкал опросника SF-36 колебались от 46,5 (шкала общего здоровья) до 72,9 (шкала социального функционирования). Сравнение показателей КЖ лиц старше 50 лет с наличием артериальной гипертензии со стандартизованными суммарными показателями КЖ здоровых лиц выявило снижение показателей качества жизни пациентов с артериальной гипертензией по всем шкалам опросника SF-36, за исключением шкалы социального функционирования (рисунок 1).

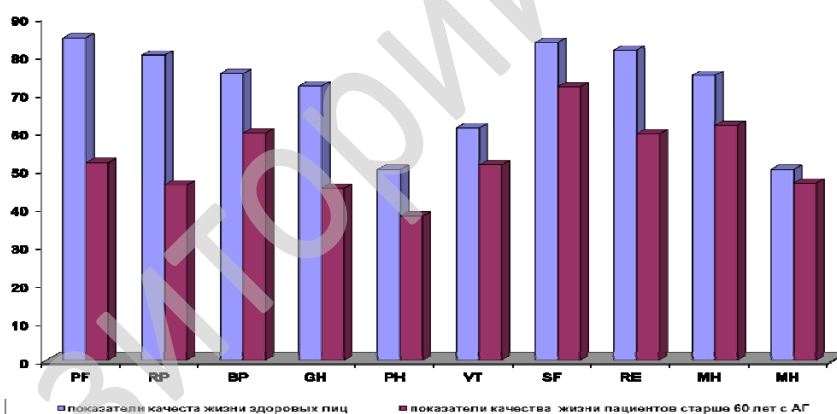


Рисунок 1 — Средние показатели качества жизни лиц старше 50 лет с АГ

При сравнении показателей качества жизни лиц с артериальной гипертензией, имевших сопутствующую хроническую патологию, с теми, у кого нет хронических заболеваний, установлено, что имелись различия по двум шкалам: общее здоровье GH (41,4 и 60,7 соответственно) и физическая активность PF (50,5 и 61 соответственно, $p < 0,05$).

Среди пациентов с артериальной гипертензией преобладали женщины (65,3 %). Средний возраст мужчин и женщин составил 56,4 и 58,4 года соответственно, среди них 37,5 % работающих, 41,5 % — пенсионеров, 14,9 % — инвалидов и 2,6 % — прочих, не вошедших ни в одну категорию.

Параметры качества жизни у мужчин выше, чем у женщин, статистически значимы различия в показателях КЖ по физическому компоненту PF. Характерно снижение показателей КЖ, связанных с физическим функционированием. Психологическое здоровье практически не менялось с возрастом как у лиц с наличием артериальной гипертензии, так и без данной патологии. Интегрированный показатель психологического здоровья (MH) практически не отличался от стандартизованного показателя (45,8 и 50 соответственно).

Среди лиц, регулярно уделявших внимание физической активности, статистически значимо больше лиц с оптимальными и нормальными уровнями АД (соответственно, 46,1, 28,4 и 15,4 %), чем с артериальной гипертензией.

Рассчитан показатель ОШ с целью оценки связи соблюдения режима питания и развития артериальной гипертензии.

$$\text{ОШ} = (a/c) / (b/d) = a \times d / b \times c, \text{ или } \text{ОШ} = 89 \times 44 / 28 \times 30 = 4,67 \text{ (ДИ } 2,65 < 4,67 > 8,33).$$

Таким образом, вероятность развития АГ у лиц, не соблюдающих режим питания, в 4,67 раза выше.

По нашим данным, 84 % респондентов с оптимальными и нормальными показателями АД употребляли не более 1 чайной ложки соли в день, в то время как в 3 группе преобладали лица, употреблявшие более 1 чайной ложки соли (43 %). Для количественной оценки результата проведенных исследований использовали отношение шансов (ОШ), который равен отношению шансов того, что событие произойдет (при избыточном употреблении поваренной соли развитие АГ), к шансам, что это событие не произойдет. Для анализа сравнили две группы лиц в зависимости от количества употребляемой ежедневно в пищу соли.

$$\text{ОШ} = (a/c) / (b/d) = a \times d / b \times c, \text{ или } \text{ОШ} = 99 \times 41 / 31 \times 20 = 6,54 \text{ (ДИ } 3,52 < 6,54 > 12,16).$$

Таким образом, вероятность развития АГ у лиц, употребляющих повышенное количество соли, в 6,54 раза выше, чем в случаях, когда потребление соли не превышает 1 чайной ложки в день.

Респонденты 3-й и 4-й групп в 71 и 50 % случаев имели отягощенный наследственный анамнез, наличие у близких родственников артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой патологии.

70 % пациентов при повышении артериального давления сразу обращались за медицинской помощью в поликлинику, причем большинство из них — лица, имевшие стойкое повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст.

В большинстве случаев пациенты обращали внимание на стоимость антигипертензивных препаратов и отдавали предпочтение более доступным по цене, независимо от рекомендации врача, только 16 % из них принимали лекарственные средства постоянно. На вопрос, контролировали ли они уровень артериального давления после лечения, утвердительно ответили только 10 % пациентов и 12 % врачей.

Основу лечения АГ составили лекарственные средства фармакологических классов, рекомендуемых международными сообществами кардиологов по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии на основании результатов рандомизируемых контролируемых и проспективных исследований, а именно: ИАПФ, БАБ, АК и диуретики. Преобладали комбинированные схемы лечения (монотерапия назначалась 36 % больных, прием 2 препаратов — 39 %, 3 и более — 25 %).

При проведении информационно-образовательной работы с лицами, страдающими повышением артериального давления, важно распространение информации о причинах, формах и последствиях нерационального питания, неполного выполнения рекомендаций врача либо полное их игнорирование; пропаганда здорового образа жизни. Контроль за уровнем артериального давления после лечения является необходимым условием оценки эффективности лекарственной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучкевич, В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ / В. С. Лучкевич // Актовая речь в Санкт-Петербургской академии им. И. И. Мечникова. — СПб., 2011. — 86 с.
2. Мамчиц, Л. П. Оценка качества жизни людей пожилого и старческого возраста / Л. П. Мамчиц // *Materialy X Międzynarodowej naukowej-praktycznej konferencji «Naukowa przestrzen Europy»*. — 2014. — Vol. 28. — *Medycyna: Przemysł. Nauka i studia*. — С. 88–90.
3. Мамчиц, Л. П. Состояние здоровья и качество жизни людей пожилого и старческого возраста / Л. П. Мамчиц // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2014. — № 4(42). — С. 116–120.
4. Мамчиц, Л. П. Фармакоэпидемиологические исследования артериальной гипертензии в Гомельской области / Л. П. Мамчиц, А. С. Старовойтова // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2017. — № 1(51). — С. 88–93.
5. Reduced discontinuation of antihypertensive treatment by two-drug combination as first step. Evidence from daily life practice / G. Corrao [et al.] // *J Hypertens*. — 2010. — Vol. 28. — P. 1584–1590.

УДК 614.2-65.012.7

**РАЗРАБОТКА ЭТАПОВ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ОСНОВЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ***Мирворисова Л. Т., Мирворисова З. Ш.***Учреждение образования
«Ташкентский институт усовершенствования врачей»
г. Ташкент, Узбекистан*****Введение***

В настоящее время стандартизация является важнейшим компонентом единого процесса управления здравоохранением во многих странах мира. Внедрение системы управления, ориентированной на бизнес-процессы (БП) и медико-экономические стандарты, способствует перспективному развитию системы здравоохранения в целом. Специалисты разных стран определяют медицинский стандарт как упорядоченную последовательность, отражающую последние достижения науки и практики диагностических и лечебных мероприятий, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев.

Цель

Разработка на основе бизнес-процессов системной классификации методов анализа качества медицинской помощи в здравоохранении для оценки структуры, процесса и результата медицинской помощи в учреждениях здравоохранения.

Материал и методы исследования

Методы анализа качества:

- ✓ анализ профессиональных качеств врача, наличие необходимой аппаратуры и медперсонала, а также условий в организации и финансировании (качество структуры);
- ✓ оценка диагностических и лечебных мероприятий (качество процесса);
- ✓ анализ исходов (качество результатов).

Соответственно системной классификации методов анализа качества медицинской помощи в здравоохранении разработаны следующие типы стандартов для учреждений здравоохранения [1]:

- ✓ стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения — материально-техническое обеспечение, кадры;
- ✓ стандарты процесса — определяют технологию лечения и диагностики;
- ✓ стандарты результата лечения (то есть стандарты качества) — определяют качество результатов лечения и диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение

Как известно, медицинские бизнес-процессы в литературных источниках трактуются как составляющие единого технологического процесса, который предусматривает использование наиболее эффективных по результативности и экономичности методов диагностики и лечения с учетом всех существующих методик, индивидуальных особенностей пациента, течения болезни, а также материальных, кадровых и других возможностей медицинских учреждений [2].

Так, например, основными требованиями к лечебно-диагностическому процессу являются ранняя диагностика и ее достоверность, своевременность, адекватность, квалификация, полнота медицинской помощи, деонтологические аспекты, экономичность. При этом БП не являются раз и навсегда установленными параметрами, периодически они должны пересматриваться в соответствии с изменяющимися социально-экономическими условиями и научно-техническим прогрессом.

Важным является тот факт, что имеются концептуальные различия в подходах к построению моделей БП медицинской деятельности со стороны организаторов здравоохранения и клиницистов. Если организаторы здравоохранения рассматривают стандарты пре-

имущественно как инструмент анализа организации медицинской помощи и оценки ее качества (стандарты структуры и стандарты результата), то клиницистов стандарты интересуют, прежде всего, как инструмент оказания медицинской помощи и ее преемственности на различных уровнях (стандарты процесса и стандарты результата).

Таким образом, бизнес-процессы выполняют одновременно роль стандартов оценки качества медицинской помощи, которую получает каждый конкретный пациент, и ее основных характеристик соответственно стадиям лечебно-диагностического процесса, профилактики и реабилитации.

Нами использована классическая технология описания бизнес-процессов деятельности организации [3], которая включает шесть этапов:

1. Описание организационной структуры.
2. Описание бизнес-направлений деятельности учреждения.
3. Выделение и построение дерева бизнес-процессов (БП).
4. Оценка и выбор бизнес-процесса для последующего описания, анализа и оптимизации.
5. Описание ключевых бизнес-процессов.
6. Обработка и формирование на их основе наборов руководящих документов и блок-схем бизнес-процесса и информационных потоков.

Этап 1. Описание организационной структуры учреждения. На этом этапе необходимо разработать модель организационной структуры, построенной по принципу подчиненности. При описании структуры обычно проводится инвентаризация подразделения и должностей, существующих в учреждении здравоохранения, а также показывается их иерархическая взаимозависимость.

Этап 2. Описание бизнес-направлений деятельности учреждения. Здесь описываются бизнес-процессы деятельности учреждения здравоохранения, продукты и услуги оказания медицинской помощи, а также база данных пациентов.

Этап 3. Выделение и построение дерева БП. На этом этапе создается система моделирования и деятельности учреждения, определяется тип БП, а именно выделяются процессы управления, БП основной и поддерживающей деятельности. С этой целью составляется корневая или как ее еще называют — модель БП верхнего уровня, которая отражает сферу деятельности учреждения в целом. Это необходимо для того, чтобы четко распределить ответственность между подчиненными.

Этап 4. Оценка и выбор БП для последующего описания, анализа и оптимизации. На этом этапе на основе разработанного перечня БП учреждения выделяются приоритетные БП с целью их дальнейшего описания, анализа и оптимизации. Выбор приоритетных БП производится на основе следующих критериев: важность БП; проблемность БП; затраты, необходимые для оптимизации БП.

Этап 5. Описание выбранных для оптимизации БП. На данном этапе строятся модели выбранных бизнес-процессов. Для построения моделей бизнес-процессов используются результаты предыдущих этапов, а именно:

- ♦ описание организационной структуры, элементы организационной структуры (отделы, должности);
- ♦ описание функций подразделений; описание продуктов и услуг;
- ♦ описание элементов продуктов и услуг;
- ♦ описание информационных потоков, выбранных бизнес-процессов;
- ♦ описание материальных потоков, выбранных бизнес-процессов.

Этап 6. Обработка и формирование наборов руководящих документов, и блок-схем, описанных БП и информационных потоков. На данном этапе систематизируются документы, используемые в учреждении, и komponуются к соответствующим элементам моделей информационных потоков и бизнес-процессов, а также составляются детальные процедуры исполнения БП, регламенты рабочих мест и прописываются на их основе необходимые для работы руководящие документы.

Таким образом, использование четко прописанных процедур реализации бизнес-процессов основной медицинской деятельности позволяет повысить уровень удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Donabedian, A.* Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. — 1976. Vol. 44. — P. 166–206.
2. *Жаворонков, Е. П.* Адаптация медицинских учреждений к новым рыночным условиям: логистический подход / Е. П. Жаворонков, Д. В. Чебыкин, А. С. Фунтиков // *Медицина и образование в Сибири*. — 2011. — № 6. — http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=545.
3. *Кондратьев, В. В.* Показываем бизнес — процессы: от модели процессов компании до регламентов и процедур / В. В. Кондратьев, М. Н. Кузнецов. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: Эксмо, 2008. — 37 с. — Навигатор для профессионала.

УДК 614.25:616-082(575.1)

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С ПОМОЩЬЮ ВНЕДРЕНИЯ РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ*Одилова Б. Т., Нурмухамедова Р. А., Садырова М. А.***Учреждение образования
«Ташкентский институт усовершенствования врачей»
г. Ташкент, Узбекистан**

В своей повседневной работе врач общей практики (ВОП), оказывая медицинские услуги, постоянно спрашивает себя: «правильно ли он назначил лечение, квалифицированно ли выполнил процедуру, грамотно ли провел консультацию». Такая проблема оценки качества проводимой работы возникает перед каждым врачом при проведении профилактической работы, диагностики и лечении больных, ведь давая оценку своей работы, он может сам найти пути улучшения медицинского обслуживания населения и применить их на практике.

Работа по повышению качества медицинских услуг предполагает постоянный труд, углубление знаний, регулярное самосовершенствование, что окупается, в том числе удовлетворенностью своей работой, поддержкой и уважением коллег, признательностью пациентов, а самое главное — меняется видение и подход к работе.

В целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению в условиях первичного звена здравоохранения, повышения ответственности за эффективность проводимых профилактических мероприятий и роста материального стимулирования труда медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с учетом ведущей роли и значения их деятельности в реализации мер по профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и санитарно-гигиенической культуры среди населения в Узбекистане было принято решение о введении системы рейтинговой оценки работы ВОП и патронажных медсестер. Эта система предварительно была апробирована в пилотных учреждениях ПМСП в течение трех лет. После анализа результатов работы по новой системе было принято решение о распространении данного опыта на всю республику, начиная с 1 октября 2017 г.

Проведение рейтинговой оценки эффективности деятельности учреждений ПМСП, а также врачебного и среднего медицинского персонала будет способствовать:

- повышению качества деятельности и улучшению конечных результатов работы учреждений ПМСП и медицинского персонала;
- обеспечению полного выполнения функциональных обязанностей врачебного и среднего медицинского персонала, в том числе проведению профилактических медицинских осмотров, патронажному посещению женщин и детей на дому, организации и проведению комплекса мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию и внедрению здорового образа жизни;
- повышению эффективности профилактических мероприятий; улучшению состояния здоровья прикрепленного населения, снижению заболеваемости, смертности, инвалидности и др.

Рейтинговая оценка проводится в четыре этапа: на первом этапе оцениваются показатели полноты выполнения функциональных обязанностей и негативные показатели врачебного и среднего медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи; на втором этапе оцениваются показатели полноценности, качества и конечные результаты деятельности, а также негативные показатели работы учреждений первичной медико-санитарной помощи; на третьем этапе определяются меры стимулирования или наказания, исходя из набранных итоговых баллов рейтинговой оценки для врачебного и среднего медицинского персонала; на четвертом этапе Министерством здравоохранения Республики Узбекистан по итогам результатов рейтинговой оценки принимается решение об аттестации руководителей учреждений первичной медико-санитарной помощи. Ежедневная работа врачебного и среднего медицинского персонала фиксируется в специальном журнале, форма и порядок заполнения которого утверждается Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Оценка эффективности деятельности медицинского персонала, проводимая с помощью рейтинговой оценки проводится 2 раза в год по следующей схеме:

I. Показатели, определяющие эффективность оказываемой помощи по лечению и профилактике заболеваемости среди прикрепленного населения.

II. Показатели, определяющие эффективность оказываемой помощи по профилактике заболеваемости среди женщин фертильного возраста, беременных и рожениц.

III. Показатели, определяющие эффективность оказываемой помощи по профилактике заболеваемости среди детей и проведения вакцинации.

IV. Показатели, определяющие эффективность оказываемой помощи по профилактике заболеваемости и предупреждению осложнений заболеваемости.

V. Показатели, отрицательно влияющие на конечные результаты оценки.

Рейтинговая оценка эффективности работы проводится специальной группой мониторинга, сформированной из специалистов соответствующего районного (городского) медицинского объединения. Группа мониторинга изучает эффективность работы врачебного и среднего медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи и деятельность данных учреждений 2 раза в год. Врачи общей практики и патронажные медицинские сестры учреждений ПМСП ежемесячно заполняют форму отчета о выполненных работах. Патронажной медицинской сестрой форма заполняется под руководством врача общей практики и старшей медицинской сестры. По окончании каждого месяца заполненная форма отчета о выполненных работах сдается заведующему медицинским учреждением.

Нами были изучены первые результаты проведенной рейтинговой оценки работы медицинского персонала. Для анализа эффективности внедрения рейтинговой оценки нами проведен анализ форм отчета медицинского персонала о выполненных работах в течение 6 месяцев и результатов работы специальной группы мониторинга. Особое внимание было уделено изучению негативных показателей результатов работы врачебного и среднего медицинского персонала ПМСП. Достоверность информации, представленных данных врачом общей практики и патронажными медсестрами и объема выполненных ими работ, а также негативных показателей результатов их работы проверялись путем выборочного изучения первичной медицинской документации и отчетных форм. По завершению рейтинговой оценки эффективности работы медицинского персонала выводились соответствующие итоговые баллы. По итогам рейтинговой оценки наиболее отличившийся врачебный и средний медицинский персонал был материально поощрен в виде единовременных премий. Оценка деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи в целом проводилась путем изучения учетной и отчетной документации учреждения.

Таким образом, первые результаты оценки деятельности медицинского персонала показали эффективность работы рейтинговой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. ПКМ Республики Узбекистан № 718 от 13 сентября 2017 г. «О дополнительных мерах по улучшению качества медицинских услуг, повышению ответственности за эффективность проводимых профилактических мероприятий в учреждениях первичной медико-санитарной помощи».

2. Буше, Б. Введение в сферу повышения качества в здравоохранении: руководство / Б. Буше, И. Стирбу, Н. Рахманова. — М., 2015. — 112 с.
3. Материалы конференции по распространению проектов повышения качества, 27 июня, 2016 г. Презентация Одиловой Б, главный специалист Министерства здравоохранения, Ташкент.
4. The Improvement Guide / G. J. Langley [et al.]. — San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers, Inc.; 2016.
5. Curing Health care. New strategies for quality improvement. Donald Berwick, A. Blanton Godfrey, Jane Roessner, 2000.

УДК 616-005:37.022

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ УПРАВЛЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТНЫМИ РИСКАМИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Орехова Л. И., Глушанко В. С.

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

Во многих странах мира показатели заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК), по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), будут постоянно возрастать [1]. По сравнению с 1990 г. смертность от ишемической болезни сердца (ИБС), по прогнозам, вырастет к 2020 г. на 100 % у мужчин и на 80 % — у женщин. На сегодняшний день БСК являются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения Республики Беларусь. Самыми распространенными из БСК являются ИБС и артериальная гипертензия (АГ). В течение последних 5 лет выявлено снижение показателей первичной заболеваемости БСК, в частности, ИБС [2].

Заболеваемость от БСК, а в последующем и смертность обуславливают семь основных факторов риска (ФР), таких как курение, злоупотребление алкоголем, повышенное артериальное давление (АД), гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточное потребление овощей и фруктов, низкая физическая активность. Вышеназванные ФР характеризуются как классические. Однако кроме них отмечается воздействие новых факторов на течение БСК, в числе которых ожирение, низкий уровень ХС ЛПВП и стресс (дистресс) [3, 6].

Оптимизация лечебно-диагностического процесса базируется на рациональном выборе управленческих технологий и решений с оптимальным соотношением эффективности и безопасности. Подобная тактика формирует условия для управления качеством медицинской помощи.

Одним из этапов технологии принятия управленческого решения в области охраны здоровья и организации медицинской помощи является анализ и выявление возможных ошибок и ограничений, оценка достоверности полученных результатов. В этой связи актуальна разработка методических предпосылок для оценки рисков БСК, обобщение и систематизация данных и обоснование стратегии воздействия на них.

Управление предполагает эффективную реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни, борьбу с факторами риска, улучшение методов диагностики и лечения БСК, проведение качественной реабилитации пациентов, разработку государственных программ в отношении БСК как основной патологии в контексте неинфекционных заболеваний (НИЗ). Основой предупреждения названных заболеваний является целенаправленное воздействие на вероятностные риски БСК на всех уровнях: профилактическом, лечебно-диагностическом, реабилитационном и организационном.

Улучшение медико-социальных показателей здоровья населения и повышение качества жизни пациентов, страдающих БСК, требует принятия организационно-управленческих решений в этой сфере и подразумевает, в том числе целенаправленное воздействие на вероятностные риски БСК.

Для достижения этой цели была поставлена задача разработать проект комплексной методики управления вероятностными рисками БСК на основе значимых факторов риска

этой патологии. В ходе работы использовались такие методы, как аналитический, социологический, описательный, сравнительный.

Применительно к формам разработки решений (различают индивидуальную, групповую, организационную, межорганизационную формы принятия решений) применялись системный, ситуационный и ресурсный подходы.

При длительном воздействии дистрессовых факторов у человека снижается иммунитет, нарушается функционирование, в частности, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. Для того, чтобы избежать вышеописанных нарушений, пациентам следует знать о влияющих на них социально-дистрессовых ФР БСК с целью их последующего нивелирования.

Дан сравнительный анализ авторского «Опросника для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения» (Л. И. Ореховой, В. С. Глушанко) с рядом других.

Для психодиагностики стрессовых состояний есть различные методики (опросники, анкеты). В частности, применяются: «Оценка нервно-психического напряжения» Т. А. Немчина; «Шкала определения психологического стресса»; «Диагностика стрессового состояния» А. О. Прохорова; «Методика «Утомление-монотония-психическое пресыщение-стресс» («УМПС») А. Б. Леоновой [4].

Методика «Оценки нервно-психического напряжения» Т. А. Немчина состоит из 30 утверждений с вариантами ответов (три уровня выраженности стресса). Респонденту предлагается оценить высказывания в зависимости от особенностей собственного состояния. Данная методика позволяет определить только стрессовый диапазон и уровень нервного напряжения.

«Шкала определения психологического стресса» является перечнем из 25 утверждений с отметкой от 1 до 8 в зависимости от наблюдаемости описанных симптомов. Анкетированному нужно вспомнить свое состояние в течение последних 5 дней и оценить утверждения. По количеству вычисленных баллов можно зафиксировать только прямо пропорциональный им уровень стресса.

«Диагностика стрессового состояния» А. О. Прохорова отражает картину переживаний в стрессовых ситуациях в контексте самоконтроля и эмоционального фона. Анкета включает 9 вопросов с ответами «да» или «нет». За каждый положительный ответ насчитывается 1 балл, а отрицательный — 0 баллов. Чем больше баллов набрал респондент в ходе опроса, тем ниже у него уровень саморегуляции.

Методика «УМПС» А. Б. Леоновой представляет собой модификацию и адаптированную версию немецкого теста на определение уровня стресса и включает 40 суждений с оценкой от 1 до 4. Количество баллов более 30 по одной из шкал означает яркую выраженность признака.

Вышеописанные методики позволяют провести психодиагностику стрессовых состояний, а именно: определить стрессовый диапазон, уровень стресса, нервного напряжения и саморегуляции у интервьюированных людей. Они не дают комплексной оценки дистрессовым факторам во всех сферах жизнедеятельности, включая условия труда, проживания, быта и семьи, то есть не могут в полной мере выявить ключевые ФР, так как эти методики основаны на анкетировании по одному признаку.

«Опросник для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения» состоит из 3 частей и насчитывает более 100 вопросов [5]. Первая часть опросника представляет собой описание факторов или ситуаций в основных сферах жизнедеятельности людей, которые респондент соотносит с появлением у него негативно-эмоционального фона, подавленного настроения и возникновением нервно-психической напряженности. Она содержит вопросы следующего характера:

— профессионально-производственная сфера (условия труда) анкетированного пациента: его анкетные данные, отрасль работы, причины изменения последнего рабочего места, характер взаимоотношений с коллегами, уровень заработной платы;

— условия проживания — оценка жилищных условий, уровень удовлетворенности местом жительства, причины смены места жительства, метраж жилой площади на человека;

— жизнедеятельность семьи — семейные отношения с детьми и родителями, количество лет, проведенных в браке, причина развода (если таковой имеется);

— бытовая сфера — режим дня, характеристика сна и затраченное на сон время.

Вторая часть раскрывает социально-медицинский портрет респондента путем ответов на вопросы об отношении к собственному здоровью (комплаентность, оценка роли врача в лечебно-диагностическом процессе, контроль состояния здоровья по ключевым показателям), осведомленность об анамнезе, указание тотальных (рост, масса) размеров и обхватных (окружность груди, талии, бедер) параметров частей тела анкетированного пациента (соматометрические показатели).

Заключительная третья часть отражает степень отрицательного воздействия вредных привычек пациента (злоупотребление алкогольными напитками, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание) и готовность активно изменить свой образ жизни.

Ответив на заданные вопросы «Опросника для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения», респонденты получают больше информации о собственном здоровье, авторы, в свою очередь, дополнив результаты опроса сведениями из медицинской документации, разработают организационно-управленческие решения и превентивные меры в отношении вероятностных рисков БСК.

Таким образом, разработанный авторский «Опросник» по сравнению с вышеописанными методиками опроса позволяет системно оценить дистрессовые факторы во всех сферах жизнедеятельности людей и дать развернутый анализ касательно не только стрессовых (дистрессовых) факторов или ситуаций, но и ключевых ФР БСК.

Выводы

1. Сравнительный анализ авторского варианта «Опросника для исследования социально-дистрессовых детерминант болезней системы кровообращения» с рядом известных методик показал, что он позволяет принимать эффективные организационно-управленческие решения относительно основных сфер жизнедеятельности людей.

2. Программно-целевой проект данного исследования способствует установлению основных модифицируемых социально-дистрессовых ФР БСК во всех сферах жизнедеятельности людей, составлению социально-медицинского портрета анкетированных пациентов и определению факторов, детерминирующих превентивные мероприятия пациентов в отношении собственного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. — Дата доступа: 01.07.2018.
2. Мамедов, М. Н. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике / М. Н. Мамедов, Н. А. Чепурина // Под ред. академика РАМН Р. Г. Оганова. — М., 2007. — 40 с.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 25.06.2018.
4. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
5. Орехова, Л. И. Управление рисками болезней системы кровообращения как основополагающий метод снижения глобального бремени неинфекционных заболеваний / Л. И. Орехова // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: матер. 70-й науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, 25–26 апреля 2018 г.: в 2 ч. Ч. 2 // под ред. А. Т. Щастного. — Витебск: ВГМУ, 2018. — С. 603–605.

УДК 614.2

СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЕНИЯ НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО АЛКОГОЛЯ К ОБЩЕМУ ПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ STEPS-ИССЛЕДОВАНИЯ

Писарик В. М., Новик И. И., Сачек М. М.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения»
г. Минск, Республика Беларусь**

Проблема получения достоверных сведений об уровне потребления алкоголя актуальна для любой страны в силу значительного влияния алкоголя на здоровье населения. Общее потребление алкоголя складывается из потребления так называемого зарегистри-

рованного (как правило, рассчитывается на основании данных продаж, налоговых поступлений или данных о производстве) и незарегистрированного алкоголя, который включает его импорт лицами, совершающими поездки, контрабанду, местное незарегистрируемое производство, потребление продуктов, содержащих алкоголь, но не предназначенных для употребления людьми. По приблизительным подсчетам доля незарегистрированного алкоголя в общем потреблении в мире составляет 27 % [1].

В западных странах Европейского Союза уровень потребления незарегистрированного алкоголя относительно невелик и составляет в разных странах от 1,2 до 2,3 л на душу взрослого населения (5–10 % от общего потребления алкоголя) [2]. Более высокое соотношение потребления незарегистрированного алкоголя по сравнению с зарегистрированным (до 40 %) имеет место в странах Скандинавии, где общий уровень потребления алкоголя относительно невелик, а алкогольное законодательство характеризуется строгостью [3].

По общепринятому мнению, в странах Центральной и Восточной Европы уровень потребления незарегистрированного алкоголя составляет существенную долю в структуре общего потребления, варьируя в разных странах, а также в разные периоды в одной и той же стране, и доходит, по некоторым оценкам местных экспертов, до 60 % [4]. Однако для получения достоверных данных о структуре и объеме потребления незарегистрированного алкоголя на территории каждой страны необходимы дополнительные целенаправленные исследования, так как, несмотря на географическую близость, страны-соседки могут иметь свои специфические особенности как в законодательном плане, так и в плане местных традиций.

В Республике Беларусь на протяжении 2016–2017 гг. в рамках выполнения государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2016–2020 гг.» и в соответствии с проектом международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» («БЕЛМЕД»), финансируемым Европейским Союзом и реализуемым ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения, проводилось широкомасштабное исследование распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний на общенациональном уровне «STEPS».

Методом многоступенчатой кластерной выборки было отобрано 5760 респондентов в возрасте 18–69 лет, эквивалентно распределенных по возрасту, полу и регионам Республики Беларусь, из них 5010 (87 %) приняли участие в исследовании. Достоинством вероятностного метода формирования выборки является то, что он обеспечивает возможность распространения итогов выборочного наблюдения на всю генеральную совокупность, то есть результаты STEPS-исследования правомерно экстраполировать на всё население Республики Беларусь в возрасте от 18 до 69 лет.

Результаты STEPS-исследования включают, в частности, данные об употреблении алкоголя населением Республики Беларусь [5].

В финальном отчете Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» содержится информация о доле населения, употребляющего незарегистрированный (неучтенный — по терминологии вышеназванного отчета) алкоголь (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Употребление неучтенного алкоголя

Возрастные группы (годы)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	% употребление неучтенного алкоголя	95 % ДИ	n	% употребление неучтенного алкоголя	95 % ДИ	n	% употребление неучтенного алкоголя	95 % ДИ
18–29	194	3,2	0,0–6,5	138	3,3	0,7–5,9	332	3,2	1,0–5,5
30–44	422	4,5	2,5–6,6	388	5,8	1,9–9,6	810	5,0	3,1–7,0
45–59	523	5,5	3,1–8,0	465	7,2	3,9–10,5	988	6,3	4,2–8,3
60–69	203	4,3	1,3–7,3	166	4,2	0,8–7,6	369	4,3	1,9–6,6
18–69	1342	4,5	3,2–5,9	1157	5,6	3,5–7,7	2499	5,0	3,7–6,2

Установлено, что в среднем 5 % населения употребляет незарегистрированный (неучтенный) алкоголь, причем среди мужчин этот показатель составляет 4,5 %, среди женщин — 5,6 %. Доля незарегистрированного (неучтенного) алкоголя в общем употреблении алкоголя населением Республики Беларусь составила в среднем 4,9 %. При этом доля незарегистрированного (неучтенного) алкоголя в общем употреблении алкоголя мужчинами составила 3,9 %, женщинами — 9,3 %.

Таблица 2 — Доля неучтенного алкоголя от всего потребляемого в течение последних 7 дней

Возрастные группы (годы)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	n	% неучтенного алкоголя	n	% неучтенного алкоголя	n	% неучтенного алкоголя
18–29	115	2,7 %	63	5,9 %	178	3,4 %
30–44	278	3,9 %	168	11,9 %	446	5,3 %
45–59	326	4,9 %	175	10,7 %	501	6,0 %
60–69	119	2,9 %	66	3,0 %	185	2,9 %
18–69	838	3,9 %	472	9,3 %	1310	4,9 %

Принимая во внимание результаты STEPS-исследования, можно сделать вывод, что доля потребления незарегистрированного алкоголя в общем потреблении алкоголя населением Республики Беларусь составляет в среднем около 5 % и не превышает 10 % (для женщин).

На основании полученных данных с определённой уверенностью можно утверждать, что данные о доле незарегистрированного алкоголя в общем потреблении алкоголя, принимаемые рядом экспертов для стран Восточной Европы, нельзя экстраполировать на ситуацию в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад / Серия технических докладов ВОЗ; № 944: Женева, 2006. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43670/4/9789244209448_rus.pdf. — Дата доступа: 25.01.2018.
2. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Geneva.
3. Nemtsov, A. Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980–1994 / A. Nemtsov // Drug and Alcohol Dependence. — 2000. — Vol. 58. — P. 133–142.
4. Razvodovsky, Y. E. Ocena obschego urovnja potreblenija alcoholja v Belarusi / Estimation of overall level of alcohol consumption in Belarus / Y. E. Razvodovsky // Voprosy organizacii i informatizacii zdravoochranenija / Questions of organization and informatization of public health. — 2006. — Vol. 2. — P. 37–42.
5. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» Электронный ресурс. Дата доступа 30.05.2018. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>.

УДК 616.98:578.827.1-084:615.371

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Рахманова Ж. А., Искандарова Г. Т.

Учреждение образования
«Ташкентский институт усовершенствования врачей»
г. Ташкент, Узбекистан

Инфекцию вирус папилломы человека относят к наиболее распространенным заболеваниям передающимся половым путем во всем мире (как в развивающихся, так и в развитых странах). При этом она не ограничивается традиционной группой риска (лица, предлагающие интимные услуги за вознаграждение; лица, часто меняющие половых партнеров; наркоманы), а широко распространена во всех слоях общества. К группе риска по инфицированию ВПЧ можно отнести практически всех людей, живущих половой жизнью.

Инфекция ВПЧ служит причиной рака шейки матки, опухолей половых органов и заднепроходного канала, остроконечных кондилом и папилломатоза гортани. Ежегодно в мире, в основном в развивающихся странах, около 250 тыс. женщин умирает от рака шейки матки. На этом фоне поиск эффективных методов лечения инфекции ВПЧ становится чрезвычайно важным. В настоящее время описано около 100 типов ВПЧ. При этом разные типы ВПЧ ассоциируются с разными заболеваниями. Например, ВПЧ типа 16 и 18 вызывают рак шейки матки, ВПЧ типа 2 и 27 — простые бородавки, ВПЧ типа 6 и 11 — остроконечные кондиломы и папилломатоз гортани. ВПЧ характеризуется необычным и сложным циклом развития, что затрудняет его изучение и разработку эффективных методов лечения. Но, несмотря на это, уже существуют вакцины, для профилактики ВПЧ и его осложнений в будущем.

Программы профилактической вакцинации. С 2006 г. во многих странах мира осуществляются программы профилактической вакцинации против ВПЧ, и их практическое воздействие со временем продолжает расти, хотя, возможно, в полной мере эффект реализации этих программ отразится на показателях заболевания раком органов половой системы лишь через несколько десятков лет. Сокращение распространенности инфицирования типами ВПЧ, входящими в состав вакцины, и частота образования остроконечных кондилом являются первым показателем эффективности четырехвалентной вакцины против ВПЧ, при этом средне- и долгосрочным индикатором эффективности программ вакцинации против ВПЧ считаются снижение частоты диспластических поражений тяжелой степени и раковых заболеваний, что возможно оценить не ранее, чем через 10–20 лет.

Появились данные о результатах массовой иммунизации подростков из стран с высоким уровнем покрытия вакцинацией. Например, в Австралии, где вакцинация девочек-подростков квадριвалентной вакциной с уровнем покрытия 3 дозами > 70 % началась в апреле 2007 г., уже через 5 лет было отмечено более чем 90 %-ное снижение заболеваний генитальными кондиломами в вакцинированной когорте и значительное снижение патологии шейки матки. Данные показатели — наиболее ранние маркеры эффективности программ вакцинации от ВПЧ, они представляют ценность для систем здравоохранения при их оценке. Полученные данные по значительному снижению уровня аногенитальных кондилом в женской популяции способствовали принятию в Австралии в 2013 г. решения включить в программу вакцинации против ВПЧ мальчиков 12–13 лет [5].

Существует несколько типов вакцин для профилактики ВПЧ:

— «Гардасил» (Голландия) — доступна на территории России с 2006 г. Выпускается в двух вариантах: четырехвалентном (эффективном против 6, 11, 16 и 18 типов вируса) и девятивалентном (в состав дополнительно включены штаммы 31, 33, 45, 52 и 58). Поскольку наибольшую онкогенную активность проявляют штаммы 6, 16, 18, то девятивалентный «Гардаил» не пользуется широкой популярностью.

— «Церварикс» (Бельгия) — двухкомпонентный препарат, приводящий к формированию иммунитета против ВПЧ 16 и 18 типов. Он в отличие от «Гардасила» не снижает вероятность развития некоторых предраковых заболеваний и появления остроконечных папиллом (вызываемых 6 и 11 типами вируса), однако содержит адъювант, усиливающий активизацию защитных сил и приводящий к формированию более продолжительного иммунитета. В России препарат используется с 2008 года.

1. Квадριвалентная рекомбинантная вакцина против вируса папилломы человека. Типы ВПЧ — 6, 11, 16, 18. Показание: для девочек и женщин 9–45 лет. Для мальчиков и мужчин 9–26 лет. Показания к применению: профилактика рака шейки матки, вульвы, влагалища у женщин от 9 до 45 лет; профилактика острых и хронических инфекций, вызываемых ВПЧ 16 и 18. «Церварикс» вводится внутримышечно, в область дельтовидной мышцы, по 0,5 мл, по схеме 0–1–6 мес. В настоящее время зарегистрирован и 2-дозовый режим вакцинации (0–6 мес.). Противопоказания к применению: повышенная чувствительность к любому из компонентов вакцины; реакции повышенной чувствительности на предшествующее введение «Церварикса» [1]. Имеются некоторые данные о перекрестной

защите бивалентной вакцины от ВПЧ 31, 33 и 35-го типов, однако титр антител к невакцинальным штаммам со временем снижается и практически исчезает через 8 лет [2].

2. Четырехвалентная вакцина «Гардасил» (Нидерланды). Эффективность этой вакцины подтверждена крупными международными исследованиями с участием российских центров и приближается к 100 % в отношении заболеваний, вызываемых ВПЧ 6, 11, 16 и 18 (рака и предраковых изменений шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала и генитальных кондилом). Длительность защиты, по результатам проведенных исследований, приближается к 10 годам, однако полученные свидетельства иммунологической памяти позволяют рассчитывать на длительность защиты пожизненно [1].

В клинических исследованиях четырехвалентной вакцины участвовало 24 358 девочек и женщин от 9 до 45 лет из стран Европы, Северной и Южной Америки, Африки и Азии. Защита вакцинированных от предрака и рака шейки матки составила 98 %, от предраковых поражений и рака вульвы и влагалища — 100 %, от развития аногенитальных кондилом — 99 % [3, 4]. Исследования 3-й фазы проведены с участием 5300 мальчиков и мужчин в возрасте 16–26 лет, вакцинированных квадριвалентной вакциной против ВПЧ или плацебо. Доказана высокая эффективность вакцины против инфекции ВПЧ 6, 11, 16, 18, достигавшая уровня 90–100 % в отношении аногенитальных кондилом, предраковых заболеваний полового члена, поражений наружных половых органов и 78 % — в отношении предраковых заболеваний анального канала [1]. Вакцинация квадριвалентной вакциной проводится по трехдозовой схеме: 0–2–6 мес. Противопоказания к применению: гиперчувствительность к компонентам вакцины. В Узбекистане в Национальный календарь прививок внесена вакцинация детей в возрасте 9–13 лет. Это является одним из первых шагов профилактики рака шейки матки и других осложнений, вызванных ВПЧ.

ВОЗ для профилактики ВПЧ рекомендует 2-дозовый режим для обеих вакцин при вакцинации подростков 9–14 лет, 3-дозовый — для подростков от 15 лет, а также для иммунокомпрометированных лиц и пациентов с ВИЧ. Двухдозовый режим вакцинации против ВПЧ был одобрен после оглашения данных о сопоставимом иммунном ответе между двумя и тремя дозами.

ВПЧ вызывает широкий спектр онкологических заболеваний репродуктивной системы, включая рак шейки матки, рак вульвы и влагалища, а также другие осложнения. Для защиты от ВПЧ-ассоциированных заболеваний целесообразно вакцинировать девочек и мальчиков в возрасте 9–13 лет до начала половой жизни и потенциального контакта с ВПЧ.

Чтобы получить значимый результат, требуется максимальный охват (не менее 70 %), что возможно в рамках реализации региональных программ развития здравоохранения. Вакцинация против ВПЧ позволит также косвенно повлиять на:

- профилактику ВПЧ-ассоциированных заболеваний;
- снижение общего уровня онкологических заболеваний среди женщин;
- развитие и внедрение инновационных методов профилактики;
- охрану здоровья матери и ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, В. К. Иммунопрофилактика-2014 / В. К. Таточенко. — М.: ПедиатрЪ, 2014.
2. Brown, D. The clinical impact of cross-protection to nonvaccine HPV types / D. Brown // Presented at: 27th International Papillomavirus Conference; September 17–22, 2011. — Berlin, Germany, 2011. — P. 18–13.
3. The Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomized clinical trials // Lancet. — 2007. — Vol. 369. — P. 1861–1868.
4. The FUTURE I/II Study Group. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomized controlled trial // BMJ. — 2010. — Vol. 340. — P. 34–93.

УДК 614.47(035.3):578.835.15

**ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ:
ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА В УЗБЕКИСТАНЕ***Рахманова Ж. А., Искадарова Г. Т.***Учреждение образования
«Ташкентский институт усовершенствования врачей»
г. Ташкент, Узбекистан**

Полиомиелит — это острое инфекционное заболевание человека, которое вызывается 3 серотипами полиовируса (типы 1, 2 или 3). Там, где санитарные условия плохие, эти вирусы в основном распространяются фекально-оральным путем, в то время как воздушно-капельный путь передачи, вероятно, доминирует в условиях высокого уровня санитарии. Однако в большинстве случаев, вероятно, наблюдается смешанная схема передачи. До внедрения вакцинации фактически все дети заражались полиовирусом, и приблизительно у одного на 200 восприимчивых лиц развивался паралитический полиомиелит [1].

Полиомиелит поражает в основном детей в возрасте до 5 лет; передается при контакте человека с человеком (попадает в организм через ротовую полость) и может быстро распространяться. Вирус поражает нервную систему и может вызывать полный паралич.

Полиовирус — это энтеровирус человека, относящийся к семейству *Picornaviridae*, в геном которого входят позитивная одноцепочная РНК и протеиновый капсид. Три серотипа полиовируса имеют капсидные протеины, которые слегка отличаются относительно специфичности клеточного рецептора и антигенных свойств.

Существуют два вида вакцин против полиомиелита: инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ) и оральная живая полиомиелитная вакцина (ОПВ). ОПВ состоит из живых аттенуированных полиовирусов, полученных пассажем их оригинальных штаммов ДПВ на нечеловеческих клетках, что приводит к получению 3 вакцинных штаммов (Сэбин 1, Сэбин 2 и Сэбин 3). Аттенуирование приводит к значительно меньшей нейровирулентности и снижению трансмиссивности. Стандартные уровни титров вируса в ОПВ в соответствии с требованиями ВОЗ следующие: для вируса типа 1 ≥ 106.0 инфекционных единиц на дозу; для вируса типа 2 — $2 \cdot 105.0$ инфекционных единиц на дозу и для вируса типа 3 — 105.8 инфекционных единиц на дозу. В дополнение к трехвалентной ОПВ (тОПВ), которая используется во многих странах для плановой или дополнительной вакцинации, моновалентные ОПВ против вируса типа 1 (мОПВ 1) и против вируса типа 3 (мОПВ 3) лицензированы с 2005 г. для использования в некоторых странах. Моновалентная ОПВ против вируса типа 2 лицензирована, но ожидается, что она должна использоваться, в первую очередь, в качестве резерва. В 2009 г. две бивалентные (тип-1 и тип-3) ОПВ (бОПВ) были лицензированы. Вакцины мОПВ и бОПВ используются в первую очередь для массовых кампаний [1].

Иммуногенность и эффективность ОПВ. Эффективность ОПВ в борьбе с полиомиелитом и элиминации циркуляции полиовирусов, включая факт резкого снижения числа случаев полиомиелита, доказывалась после внедрения полиовакцины как в промышленно развитых, так и развивающихся странах. ОПВ была вакциной выбора для инициативы глобальной ликвидации полиомиелита; с ее помощью произошли ликвидация ДПВ 2, элиминация ДПВ типа 1 и типа 3 в 3 из 6 регионов ВОЗ и значительное снижение числа случаев заболевания (более 99 %) в оставшихся 3 регионах. В течение первых 1–3 недель после вакцинации большинство неиммунных реципиентов вакцины выделяет вирус через носоглоточные выделения и испражнения. Среди незащищенного населения эти вакцинные вирусы легко передаются внутри и за пределами семейств, вызывая ненамеренную защиту неиммунных лиц или бустерный эффект на иммунитет других лиц. Хотя ненамеренная диссеминация расширяет влияние ОПВ на здравоохранение, это является важным преимуществом вакцины, цВШПВ может также распространяться этим путем. Неконтролируемое использование этой вакцины может также действовать как фактор, вызывающий

путаницу при оценке календарей прививок (для ОПВ и ИПВ) или продолжительности защиты после первичной серии прививок.

Продолжительность защиты вакциной и информация о наличии индуцированных вакциной антител ограниченные, особенно в отношении развивающихся стран. В развивающихся странах концентрация антител с течением времени снижается, иногда до уровней, не подлежащих определению, но иммунитет против паралитического полиомиелита, похоже, остается на всю жизнь.

ИПВ обычно производится на основе штаммов ДПВ, называемых Mahoney (Солк тип 1), MEF (Солк тип 2) и Saukett (Солк тип 3), которые выращиваются в культуре клеток Vero или диплоидных клеток человека. Выращенные вирусные компоненты инактивируются формальдегидом. Окончательный состав вакцины содержит, по крайней мере, 40 частиц типа 1, 8 частиц типа 2 и 32 частицы типа 3 Д-антигена. (Д-антиген, который выявляется только на интактных вирусных частицах, используется для регулировки концентрации индивидуальных вирусов, включенных в трехвалентную ИПВ.) Все версии ИПВ обладают более высокой антигенностью, чем первое поколение вакцин, и они иногда называются ИПВ повышенной активности. ИПВ может содержать следы наличия формальдегида, стрептомицина, неомицина или полимиксина В; некоторые версии ИПВ содержат феноксиэтинол (0,5 %) в качестве консерванта, но при этом не используются ни тиомерсал (несовместим с антигенностью ИПВ), ни адьюванты.

ИПВ вводится внутримышечно (предпочтительно) или подкожно. Вакцина сохраняет стабильность при окружающей температуре, но должна содержаться в холодильнике для обеспечения сохранения ее активности (это указано во вложенном листе-инструкции с рекомендациями производителя). Необходимо избегать замораживания, которое может снизить уровень активности вакцины. ИПВ существует либо в виде самостоятельного препарата, либо в виде комбинации с одним или более вакцинными антигенами, включая такие, как дифтерийный, столбнячный, цельноклеточный или ацеллюлярный коклюшный, гепатита В или гемофильной b инфекции. В комбинированных вакцинах квасцы или коклюшная вакцина играют роль адьюванта.

Безопасность вакцины. ИПВ является одной из наиболее безопасных вакцин, применяемых для плановой иммунизации, независимо от того, используется она в виде комбинации или нет; нет доказательств наличия причинно-следственной ее связи с поствакцинальными побочными проявлениями, за исключением местных эритемы (0,5–1 %), уплотнения (3–11 %) и болезненности (14–29 %) [1, 2].

Иммуногенность ИПВ, ее действенность и эффективность. Первоначальное полевое испытание ИПВ в США установило действенность ИПВ первого поколения в промышленно развитой стране. С тех пор исследование «случай – контроль», проведенное среди вакцинированных младенцев в развивающейся стране (Сенегал), продемонстрировало действенность в 89 % в предотвращении паралича после введения 2 доз ИПВ повышенной активности с интервалом приблизительно 6 месяцев и действенность в 36 % в предотвращении паралича после введения одной дозы ИПВ. Что касается иммуногенности, то исследования, проведенные в Пуэрто-Рико [1, 3] и Кубе [1, 4], продемонстрировали, что ИПВ, введенная детям в возрасте 6 недель, 10 недель и 14 недель, вызывает более низкую сероконверсию в сравнении с той, что наблюдается при введении вакцины в возрасте 2, 4 и 6 месяцев, вероятно, из-за взаимосвязи оставшихся материнских антител и сероконверсии [1, 5].

Продолжительность защиты ИПВ. Имеющаяся информация относительно продолжительности индуцированной ИПВ-защиты касается только промышленно развитых стран. Циркуляция антител продолжается в течение десятилетий (возможно, всей жизни), но титры антител снижаются с течением времени, так что у некоторых взрослых лиц может наблюдаться отсутствие определяемых антител; обычно они теряют в первую очередь антитела против полиовируса типа 3. Наличие нейтрализующих антител против полиовирусов обычно обнаруживается у всех вакцинированных через 5 лет после проведения первичной серии прививок.

Достижения Республики Узбекистан. В национальный календарь профилактических прививок Узбекистана введена инактивированная вакцина против полиомиелита (ИПВ). Впервые вакцина против полиомиелита была применена в 1959 г. на вспышке в Ташкенте. В календаре прививок уже предусмотрены три прививки оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ), которые ребенок должен получить в возрасте 2, 3 и 4 месяцев. К ним добавляется четвертая — ИПВ, которую будут получать дети в возрасте 4 месяцев (в сочетании с ОПВ). С 1996 г. в Узбекистане не было отмечено случаев полиомиелита. В 2002 г. страна получила сертификат Всемирной организации здравоохранения как государство, свободное от полиомиелита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полиомиелитные вакцины и иммунизация против полиомиелита в предликвидационный период: документ по позиции ВОЗ. — http://www.who.int/immunization/documents/Polio_PP_June_2010_RU.pdf.
2. Immunogenicity, reactogenicity and safety of a diphtheria-tetanus-acellular pertussis-inactivated polio and Haemophilus influenzae type b vaccine in a placebo-controlled rotavirus vaccine study / K. B. Phua [et al.] // *Annals of the Academy of Medicine Singapore*. — 2008. — Vol. 37. — P. 546–553.
3. Serologic response to inactivated poliovirus vaccine: a randomized clinical trial comparing 2 vaccination schedules in Puerto Rico / G. H. Dayan [et al.] // *Journal of Infectious Diseases*. — 2007. — Vol. 195. — P. 12–20.
4. The Cuba IPV Study Collaborative Group. Randomized, placebo-controlled trial of inactivated poliovirus vaccine in Cuba // *New England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 356. — P. 1536–1544.
5. Grading table IV with key references. Conclusion: high level of evidence that IPV protects against clinical poliomyelitis. Available from: http://www.who.int/entity/immunization/polio_grad_ipv_effectiveness.pdf.

УДК 616.12-008:616-089

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НЕОБХОДИМОСТИ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СЛУЖБЫ НА ТРЕТЬЕМ ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Рубанова О. С., Кутько А. П., Глушанко В. С.

Учреждение образования

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Обеспечение высокого качества и доступности оказания медицинской помощи (МП) — одна из первостепенных задач систем здравоохранения всех стран. Новый доклад Независимой комиссии высокого уровня по неинфекционным заболеваниям (НИЗ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) содержит призыв к срочным действиям в отношении хронических патологий. В нем подчеркивается, что для борьбы с эпидемией НИЗ, являющихся основной причиной смерти в мире, необходимы политическая приверженность на высоком уровне и незамедлительная активизация деятельности. Заболевания сердца и легких, рак и диабет вместе взятые ежегодно уносят 41 млн человеческих жизней, что составляет 71 % всех случаев смерти в мире [1]. Актуальность данной проблемы для Республики Беларусь подтверждается не только высокими уровнями заболеваемости (2824,4 на 100 тыс. населения), инвалидности (256 на 100 тыс. нас.) и смертности (694 на 100 тыс. населения) от ССЗ [2], но и необходимостью: в непростой экономической ситуации найти экономические, кадровые, материально-технические и другие возможности для ресурсосбережения. Такой перспективой, на наш взгляд, является развитие интервенционной медицины на третьем территориально-технологическом уровне (ТТУ).

Цель

Доказать перспективы развития кардиоваскулярной хирургии на третьем ТТУ оказания МП.

Материал и методы исследования

На основе анализа теоретических источников и практических аспектов были установлены возможные подходы к изучению перспектив развития кардиоваскулярной хирургии

на примере рентгенэндоваскулярной (РЭВ) службы учреждения здравоохранения «Витебская областная клиническая больница» (УЗ «ВОКБ»). Выбор данной службы обусловлен высокой медико-социальной значимостью заболеваний, лечение которых находится в ее компетенции. Исследование проводилось в два этапа: анализ теоретических источников и анализ деятельности РЭВ-службы.

Результатом первого этапа исследования стало выявление особенностей деятельности РЭВ-службы для доказательства развития кардиоваскулярной службы на третьем ТТУ. На современном этапе РЭВ-хирургия позволяет осуществлять лечебно-диагностические мероприятия и объединяет внутрисосудистые чрескатетерные манипуляции, осуществляемые под рентгеновским контролем. С ее помощью, с одной стороны, удается прервать или ограничить кровоток по сосуду путем эмболизации либо тромбирования, с другой – восстановить просвет стенозированных или окклюзированных сосудов путем дилатации, реканализации или экстракции тромболитического материала.

На третьем ТТУ оказания МПРЭВ-служба представлена в виде рентгеноперационного отделения эндоваскулярной хирургии в УЗ «ВОКБ», основная задача которого оказание специализированной высокотехнологичной интервенционной помощи жителям Витебской области, и ангиографическим кабинетом на базе УЗ «Витебский областной клинический кардиологический диспансер». В рентгеноперационном отделении выполняются высокоэффективные РЭВ малоинвазивные лечебные вмешательства у пациентов со стенотическими и окклюзионными поражениями периферических, висцеральных, брахиоцефальных, коронарных сосудов, эмболизация опухолей, мальформаций и аневризм, имплантация стент-графта, билиарностентирование, рентгеноэндоскопические вмешательства, активная профилактика ТЭЛА, интервенционное лечение нарушений ритма сердца, артериальной гипертензии, острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения. Все это позволяет говорить о необходимости функционирования данной службы и открытия в дальнейшем самостоятельного отделения РЭВ-хирургии.

Для второго этапа исследования были разработаны индикаторы результативности оказания МП пациентам с использованием методов РЭВ-интервенций. В ходе исследования были изучены требования по организации, становлению и развитию РЭВ-хирургии в Беларуси на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1143 от 19.12.2008 г. «О становлении и развитии рентгенэндоваскулярной хирургии» и приказа №1328 от 21.11.2017 г. «Об оказании медицинской помощи пациентам с использованием методов рентгенэндоваскулярной хирургии». Индикаторы результативности были сгруппированы по общим признакам и представлены в виде 5 групп: организация лечебной работы, результативность МП, информированность пациентов, работа вспомогательных служб и обучение медицинских работников. Сформулированные на основе анализатребований по созданию РЭВ-подразделений согласно нормативно-правовым актам группы индикаторов результативности работы РЭВ-службы позволяют конструктивно и адекватно оценить ее деятельность [3].

Во второй этап также вошла оценка деятельности РЭВ-службы ВОКБ на основе 10 годовых и 40 квартальных отчетов и отбор данных, релевантных для анализа деятельности РЭВ-службы. Важно подчеркнуть, что РЭВ-служба не является самостоятельным отделением и представлена двумя рентгеноперационными, то есть в структуре службы отсутствуют палаты и иные структурные единицы, необходимые для качественного обслуживания пациентов. В настоящее время после проведения диагностических или оперативных манипуляций пациенты распределяются в кардиологическое, кардиохирургическое, неврологическое и другие отделения, что осложняет обеспечение качественного наблюдения за прогрессом в состоянии пациентов, снижает эффективность контроля осложнений.

Как показывает анализ динамики числа пациентов РЭВ службы ВОКБ за 2008–2017 гг., показатель ежегодно возрастает. Хотя на рисунке 1 мы можем видеть общую тенденцию к росту числа пациентов, следует отметить, что показатель прироста пациентов в разные го-

ды крайне неравномерен и может варьироваться. Максимальный рост пациентов наблюдался в 2009 г. по сравнению с 2008 г., а максимальный спад — в 2010 г. по сравнению с 2009 г. и 2017 г. по сравнению с 2016 г.

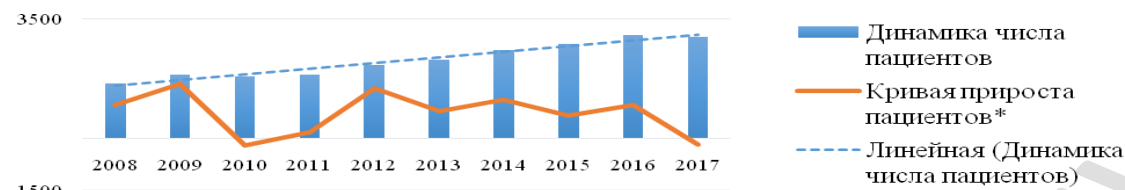


Рисунок 1 — Динамика числа пациентов РЭВ службы УЗ ВОКБ

Посредством метода ретроспективного анализа было выявлено, что качество оказания МП при РЭВ-вмешательствах в УЗ «ВОКБ» постепенно растет, что подтверждается, в частности, внедрением новых высокотехнологичных вмешательств, ростом числа выполняемых лечебных вмешательств, закупками дополнительного оборудования и совершенствованием материально-технической базы. Таким образом, можно отметить, что совершенствуются качественные (полнота и эффективность) и организационные (материально-техническая база, доступность и своевременность) критерии качества.

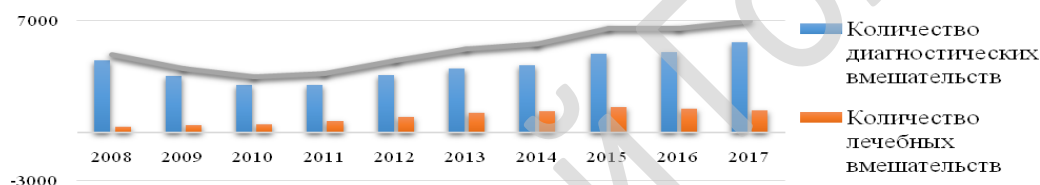


Рисунок 2 — Динамика выполненных вмешательств

На рисунке 2 видно, что с 2011 по 2015 гг. наблюдается устойчивый рост числа лечебных вмешательств, которое начинает снижаться в 2016–2017 гг. При этом рост диагностических вмешательств, наблюдающийся с 2012 г., сохраняется до настоящего момента. Снижение числа лечебных вмешательств в основном объясняется следующими факторами: отсутствие необходимых материалов для проведения вмешательств (стент-графтов, почечных стентов и др.), отсутствие активного выявления пациентов, нуждающихся в определенных лечебных вмешательствах, низкая информированность неврологов и ангиохирургов при отборе пациентов, снижение количества пациентов сосудистого профиля в связи с отсутствием отделения сосудистой хирургии в УЗ «ВОКБ» и отсутствие потока пациентов с резистентной артериальной гипертензией.

Выводы

1. В современный период РЭВ-хирургия является относительно молодым и перспективным направлением современной медицины, для оптимального функционирования которой необходимо обеспечить возможность организации более полного контроля за оказанием медицинских услуг. Служба не является самостоятельным отделением, что осложняет обеспечение качественного наблюдения за прогрессом в состоянии пациентов, снижает эффективность контроля осложнений.

2. Выделение индикаторов результативности работы РЭВ-службы и группировка их по атрибутам позволяют конструктивно и адекватно оценивать деятельность службы, что является эффективным методологическим приемом.

3. Для рационализации деятельности РЭВ-службы необходимо обеспечить стабильное финансирование, поскольку недостаток материалов для проведения диагностических и лечебных вмешательств часто становится причиной снижения их числа, что, соответственно, снижает качество оказания медицинских услуг. Также важно информировать неврологов и ангиохирургов о медицинских возможностях РЭВ-вмешательств в целях обеспечения более стабильного и четкого потока пациентов. Выполнение данных мероприятий возможно в рамках организации отделения РЭВ-хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вопросы здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2018. — Режим доступа: <http://www.who.int/topics/ru/>. — Дата доступа: 01.07.2018.
2. Официальная статистика здравоохранения [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. — Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2018. — Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/. — Дата доступа: 01.07.2018.
3. Рубанова, О. С. Разработка индикаторов качества и эффективности деятельности рентгенодиагностической службы с позиций рациональных ресурсосберегающих детерминант / О. С. Рубанова // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: материалы 70-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых, 25–26 апреля 2018 г.: в 2 ч. Ч. 2; под ред. А. Т. Щастного. — Витебск: ВГМУ, 2018. — С. 612–615.

УДК 614.2

**ОЦЕНКА ЛАТЕНТНОСТИ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ
СРЕДИ МОЛОДЕЖИ И ПУТИ МОТИВАЦИИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
К ПРОХОЖДЕНИЮ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

Тимошилов В. И., Сибилева А. А., Рыбникова Д. В.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Государственная программа развития здравоохранения предусматривает меры по увеличению охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами и повышению выявляемости социально значимых заболеваний [1]. В качестве социально обусловленных инфекций среди молодежи следует рассматривать инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), парентеральные вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, туберкулез [2]. В отношении этих заболеваний актуальна проблема их неполной выявляемости вследствие недостаточной медицинской активности молодых людей [3, 4].

Для оценки ориентировочного уровня диагностируемости социально обусловленных заболеваний среди молодежи в регионах Черноземья была проведена экспертная оценка. В качестве экспертов выступали врачи первичного звена, гинекологи, дерматовенерологи, фтизиатры, инфекционисты и руководители медицинских организаций, всего — 100 человек, стаж работы которых в занимаемой должности был не менее 5 лет. Опрос экспертов предусматривал указание ими предполагаемого уровня выявляемости каждого из заболеваний в процентах, обработка данных включала расчет средневзвешенных показателей, доверительных интервалов для $p \leq 0,05$ и коэффициентов вариации (C_v).

С целью выявления актуальных препятствий и определения востребованных путей мотивации к прохождению молодежью профилактических осмотров был проведен анкетный опрос 200 студентов.

Максимальный средневзвешенный показатель оценок выявляемости получен в отношении туберкулеза ($67,3 \pm 3,6 \%$, $p \leq 0,05$). Далее в порядке убывания следуют сифилис ($58,2 \pm 4,4 \%$), парентеральные вирусные гепатиты ($57,7 \pm 4,2 \%$), ВИЧ-инфекция ($56,6 \pm 4,8 \%$), гонококковая инфекция ($51,3 \pm 4,4 \%$). Наиболее низкой признается выявляемость вирусных и протозойных инфекций урогенитального тракта ($35–45 \%$).

Высокая степень разнообразия ответов (коэффициент вариации $C_v > 30 \%$) свидетельствует о многочисленных проблемах и существенных территориальных различиях в выявляемости всех рассматриваемых нозологий.

В качестве основных причин недостаточной полноты сведений о заболеваемости как для туберкулеза, так и для половых инфекций названы низкая и несвоевременная обращаемость больных за помощью, недооценка ими своего состояния (рисунок 1).

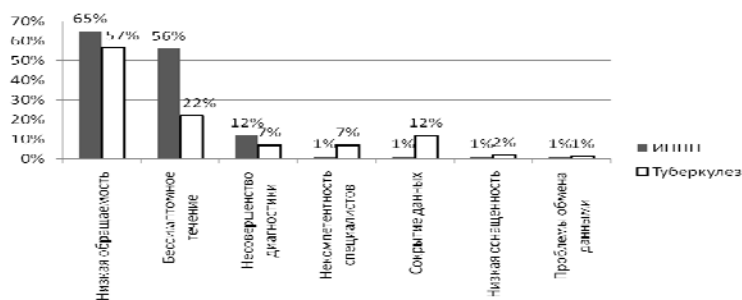


Рисунок 1 — Экспертная оценка причин латентности социальнообусловленных инфекций

При этом проблема скудной клинической картины отмечена как более актуальная для ИППП. Недостаточную чувствительность и информативность диагностических методик специалисты упоминали значительно реже, но не настолько, чтобы считать эту проблему несущественной. В числе проблем диагностики туберкулеза обращает на себя внимание достаточно частое указание специалистов на факты сокрытия случаев и манипуляций со статистическими данными, а также недостаточный уровень подготовки специалистов.

Таким образом, главные препятствия для улучшения выявляемости социальнообусловленных заболеваний связаны с недостаточной активностью молодых людей в прохождении скрининговых обследований, низкой медицинской грамотностью и слабой настороженностью в отношении ранних симптомов.

Согласно данным опроса среди молодежи, 43 % студентов не проходят скрининговые обследования из-за неудовлетворенности организацией работы поликлиник в данном направлении, 40 % — из-за личной незаинтересованности.

В рамках того же исследования изучалось мнение студентов о различных способах мотивации к прохождению обследований. Наиболее действенным стимулом студенты считают мотивацию со стороны семьи, родственников, друзей, знакомых и посредством тематических материалов в средствах массовой информации (рисунок 2). В группу способов мотивации с меньшим значением входят индивидуальные беседы и рекомендации медицинских работников (31 %), лекции специалистов о заболеваниях и их профилактике (29 %), агитация на личном примере со стороны известных людей (27 %), медицинская литература, печатные материалы (23 %). Наименьшую роль в мотивации, по мнению студентов, играют тематические Интернет-проекты (17 %), уличная социальная реклама (14 %), просмотр просветительских видеоматериалов (11 %), агитационные материалы в медицинских организациях (9 %). Для 25,5 % студентов важен исключительно формальный механизм в виде документально закрепленного обязательства.



Рисунок 2 — Предпочтительные способы мотивации молодежи к профилактическим осмотрам

Проведенные исследования позволяют показать важную составляющую в актуальности проблемы социально обусловленных инфекций: большое количество больных и носителей, не выявленных в качестве таковых, не получающих лечение и представляющих опасность как источники заражения. Основной причиной данного явления выступает низкая медицинская активность молодежи, связанная как с личной несознательностью, так и с проблемами в организации работы поликлиник. Таким образом, приоритетными направлениями в повышении диагностируемости социальнозначимых заболеваний следует считать улучшение качества организации скрининговых обследований параллельно с тематической разъяснительной работой с родителями подростков и среди самой молодежи посредством волонтерских проектов и средств массовой информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утв. Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 года № 1640.
2. Тимошилов, В. И. Законодательное регулирование профилактики социально обусловленных заболеваний среди молодежи: анализ правовой базы в регионах Центрального федерального округа и научно обоснованные законодательные инициативы: монография / В. И. Тимошилов. — Курск: ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2018. — 116 с.
3. Анализ эпидемиологической ситуации и экспертная оценка качества профилактики сифилиса среди молодежи в Российской Федерации / В. И. Тимошилов [и др.] // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни: сб. матер. Междунар. науч.-практ. конф. — Курск, 2016. — С. 342–352.
4. Ноздрачева, К. А. Медицинская активность студентов клинических специальностей и востребованные пути ее повышения / К. А. Ноздрачева, А. А. Сибилева, В. И. Тимошилов // Здоровье и здравоохранение в России: сб. ст. I науч. конф. молодых ученых с междунар. участием. — Курск, 2017. — С. 5–10.

УДК 614.2

ПРИВАТИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ (СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ, ИНФОРМАЦИОННЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ)

Худоногов И. Ю.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

О решающей роли информации в жизни и здоровье современного общества известно по работам большого числа исследователей [1, 2, 3], при этом профилактическая медицина последних десятилетий активно продвигается в мотивационную сферу поведения человека [4]. С другой стороны, мы не можем игнорировать особенности современных российских политико-экономических реалий, связанные с приращением социального возраста людей и со смысловой перестройкой их мотивационной сферы [5]. Приватизация квартир, дачных участков, объектов движимого и недвижимого имущества, средств производства и продуктов интеллектуального труда создает устойчивый тренд на постсоветском пространстве, который не может не затрагивать медицину и здравоохранение. Все обезличенное «наше» рано или поздно будет преобразовано в чье-то персональное. В среднесрочной перспективе мы ожидаем усиления эгоцентричных тенденций в ущерб социоцентричным. И также как от государственно-частного партнерства в отношении к инфраструктуре здравоохранения мы постепенно перейдем к медицине преимущественно частной, на индивидуальном уровне неизбежен аналогичный процесс. Все органы и ткани каждого человека, от которых зависит его успешность и благополучие (то есть достижение индивидуальных смыслов жизни) должны быть приватизированы, то есть стать его собственностью, по отношению к которой он может сказать: «Я этим владею, я этим распоряжаюсь, и самое главное — я этим управляю». Однако какое отношение собственность имеет к здоровью, здоровье к мотивации, а мотивация к собственности — достаточно сложный комплекс медико-социальных вопросов.

Цель нашего исследования сводилась к количественному анализу социальных перспектив и информационно-когнитивных предпосылок приватизации здоровья. Материалы исследования были получены в результате социологического опроса 1657 взрослых жителей Северо-Кавказского и Южного федеральных округов (876 мужчин и 781 женщины в возрасте 16–80 лет). В 2014–2016 гг. рандомизированно отобранные респонденты дали самооценку физического здоровья (по критерию: «накопленная заболеваемость» (НЗ)) и сообщили точные данные об информационно-когнитивных параметрах их личностной мотивационной матрицы (ММ). Количественная оценка параметров ММ, ее дискретность, особенности заполнения ячеек ММ позволили измерить их влияние на НЗ и показали целесообразность использования параметров ММ в качестве основной (сущностной) характеристики самосохранительного потенциала (СП). Методология оценки медицинской эффективности (МЭ) СП по критерию НЗ включала расчет степени достижения определенного медицинского результата при изменениях на соответствующую величину параметров ММ. Для объективизации характера связи были использованы уравнения линейного и полиномиального трендов. Рассчитанные по методу наименьших квадратов, коэффициенты аппроксимации (R^2) характеризовали достоверность отображения фактических данных. Информационно-когнитивная структура СП включала социологическую регистрацию наличия или отсутствия афферентного потока, который соответствовал градиенту афферентации (ГА) и являлся количественной характеристикой получаемой информации. Распознавание и осмысление приобретения или потери социально значимых объектов (СЗО) позволило разработать методику количественного измерения актуальных опредмеченных потребностей, формирующих мотивы поведения. Проблема визуализации и цифровизации мотивационной сферы представляется на сегодняшнем этапе развития здравоохранения чрезвычайно важной для разработки профилактических программ. Матричный подход (МП), опирающийся на дискретную фиксацию предметов (объектов собственности), находящихся в информационно-когнитивной фазе «приобретения» или «потери», позволил вычислить общее количество ячеек ММ, являющееся для индивида максимально возможным для одновременного удержания, средним или оптимальным. Немаловажным преимуществом МП является возможность суммации индивидуальных СЗО в групповые и далее в популяционные. Регистрация указанных фактов поступления информации от приобретенных или непоступления от потерянных в последнее время СЗО дала возможность рассчитать самосохранительный потенциал индивида, рандомной группы и спрогнозировать СП и НЗ для населения в целом. С учетом коэффициента ранговой корреляции (КРК) Спирмена, критерия Стьюдента и стандартной процедуры вычисления ошибок репрезентативности для относительных и средних величин в группах сравнения были получены следующие результаты. В среднем по выборке позитивный градиент афферентации отмечался у 46 %, а негативный — у 10 % респондентов. 44 % — комбинированная группа, в которой были сконцентрированы участники опроса, у которых приобретения уравновешивались потерями, и те, кто имел значение ГА от социально значимого объекта, равное нулю. Таких респондентов было около половины группы (21 % от выборки). С нашей точки зрения, отсутствие приобретений и потерь соответствует популяционной нейрофизиологической норме, которая обеспечивает накопленную заболеваемость 854‰. Однако большая часть выборки (79 %) активно изменяет суммарный ГА. При этом в соответствии с линейным трендом ($R^2 = 73$ %) приобретение (потеря) каждого СЗО изменяет НЗ на 11 % (то есть на 275 ‰) в сторону уменьшения (увеличения). Соизмеримость признаков обеспечивалась применением показателей наглядности, выраженных в процентах. Размер самой представительной группы с ГА = 0 (727 респондентов) был принят за 100 % численности. За 100 % заболеваемости был взят наивысший уровень НЗ, выявленный в группе с минимальным ГА (-3) и равный 3300 ‰. Средневыборочный уровень НЗ составил 1042 ‰ и был использован в дальнейшем для расчета прогнозных значений показателей и медицинской эффективности процесса построения нейронального ансамбля, отражающего ре-

цепируемые признаки присвоенного СЗО (моделизации), и процесса разрушения нейронального ансамбля утраченного СЗО (демоделизации), выраженных через ГА. За 100 % возможного суммарного ГА было принято его прогностическое значение +10 единиц. Произвольно выбранный угол наклона линии тренда ГА ($k = 11$) обеспечил максимальную наглядность и симметричность трендов ГА и заболеваемости. В исследованной выборке тип распределения числа респондентов в группах с различным ГА стремился к нормальному. В соответствии с линейным трендом (ЛТ) график аппроксимации имел формулу: $y = -11x + 85$; $R^2 = 0,73$. Указанная формула позволяет интерполировать уровень накопленной заболеваемости в заданном направлении. Фактическая заболеваемость была отражена полиномиальным трендом, построенным в соответствии со следующим уравнением: $y = -1x^3 + 16x^2 - 75x + 153$; $R^2 = 0,85$. Достоверность аппроксимации второго уравнения и точность прогноза на исследуемом отрезке колебаний ГА оказались выше, чем при линейном прогнозировании, поскольку $0,85 > 0,73$. Таким образом, было показано, что во всех случаях связь между изменениями суммарного ГА и собственно НЗ существует. При этом связь обратная и сильная. Кроме того, в ходе работы было установлено, что средневыборочный суммарный ГА незначительно превышал ноль, а ориентировочный уровень здоровья экспериментальной выборки по индикатору НЗ соответствовал среднему уровню патологической пораженности (общей заболеваемости) популяции и составил 1042 ‰. При снижении ГА до величины «-3» НЗ в экспериментальной группе повышалась по линейному тренду до 1866 ‰, по полиномиальному — до 2983 ‰. Приведенные примеры показывают возможность использования ГА не только в качестве диагностического, но и прогностического инструментария, точность которого при линейном отображении тренда составляет 73 % (соответствия истинным значениям) и 85 % соответствия при построении полиномиального тренда. Кроме практических аспектов мониторинга и прогноза общественного здоровья (ОЗ) методика расчета определенности ММ (регистрации ГА от СЗО) значима для теоретического осмысления ОЗ. Так, нами было выяснено в целом по выборке, что наиболее оптимальным (вне зависимости от полярности ГА) является функционирование одного нейронального ансамбля (НА), обслуживающего один СЗО. Таких респондентов было около 50 % выборки, более 25 % респондентов имеют 2 активно функционирующих НА, 1/5 участников опроса находится в стабильном состоянии (ГА = 0), что может считаться нейрофизиологической нормой для популяции, которая соответствует НЗ = 854 ‰. Указанный уровень НЗ ниже, чем средневыборочный (1042 ‰) статистически значимо ($p < 0,01$; $t = 3,1$). Это свидетельствует о том, что приватизация и деприватизация (депривация) с точки зрения вреда здоровью небезопасны для представителей любого пола и возраста. При этом среднегрупповое минимально возможное суммарное количество НА, находящихся в стадии моделизации или демоделизации, для 79 % выборки не могло быть меньше одного, то есть практически все респонденты имели хотя бы 1 приоритет. Максимально возможное количество приоритетов (НА, находящихся в стадии моделизации или демоделизации) не превышало четырех. Исключением из правила стал 1 респондент, который задекларировал одновременно 5 СЗО при нормальном уровне НЗ (1 приобретение и 4 потери).

В заключение необходимо признать, что для нормального функционирования (насыщенной жизни и крепкого здоровья) каждому индивиду необходима полноценная ММ, то есть полный набор мотивов, обеспечивающих достижение не только определенного жизненного биологического тонуса (напряжения — внутренней энергии), но и достижение социально-психологического смысла. Выпадение одного или нескольких мотивов (СЗО) из ММ приводят к деформациям когнитивно-информационного пространства (КИП) человека, снижению тонуса, потере смысла и возникновению заболеваний. Формирование новых мотивов, напротив, гармонизирует КИП, обеспечивает выздоровление и увеличение продолжительности жизни. Разработанные нами методы дают возможность не только оценить и спрогнозировать изменения индивидуального и общественного здоровья с ис-

пользованием визуализации информационно-когнитивных потоков от имеющихся или утраченных СЗО, но также разработать индивидуальные программы активной коррекции уровня заболеваемости (информационно-когнитивной реабилитации) на основе формирования новых медицинских (парамедицинских) СЗО — так называемых «информационно-когнитивных протезов» (ИКП). Вне зависимости от состояния экономики или политики (внешних условий) внутри нас всегда находится собственность, о которой мы часто не догадываемся, фактически не владеем, не распоряжаемся и тем более не управляем ею. А ведь именно она — эта собственность может восполнить поврежденную потерями ММ, сформировать новые ячейки ММ, то есть напрямую обеспечить целостность ММ, уровень здоровья и продолжительность жизни даже на фоне невысокого уровня достатка, экономической нестабильности и различных неизбежных кризисов. Преимущество методики формирования здоровьеассоциированных ИКП, отражающих собственные органы и ткани, заключается в том, что в отличие от любого иного информационного контента, поступающего от любого немедицинского авторитетного источника, отражающего любой предмет материального или духовного мира, который также может быть присвоен, здоровьеассоциированный ИКП не может быть отчужден.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Элланский, Ю. Г.* Методика исследования репродуктивных детерминант / Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов // Социология медицины. — 2006. — № 2. — С. 60–63.
2. *Хлынин, С. В.* Социологические подходы к анализу факторов риска развития пародонтита / С. В. Хлынин, Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов // Социология медицины. — 2010. — № 2. — С. 38–43.
3. *Худоногов, И. Ю.* Групповая мотивационная матрица как регулятор общественного здоровья (структурно-функциональный анализ) / И. Ю. Худоногов // Современные подходы к продвижению здоровья. — Электронный ресурс (CD-Диск). — 2016. — С. 93–96.
4. Научное обоснование когнитивно-информационного протезирования (медико-социологический анализ естественной репарации самосохранительных мотивационных матриц) / И. Ю. Худоногов [и др.] // В мире научных открытий. — 2018. — Т. 10, № 3. — С. 41–61.
5. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий / Ю. Г. Элланский [и др.] // В мире научных открытий. — 2015. — № 2–1 (62). — С. 639–653.

УДК 551.5:614.2

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ ВАРИАЦИЙ КЛИМАТО-МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Чайковская М. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Изучение влияния сезонных изменений климато-метеорологических условий на здоровье человека вызывает особый интерес мирового научного сообщества. В последнее десятилетие Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная метеорологическая организация способствовали тому, что влияние изменения климата стало рассматриваться наравне с другими известными факторами риска здоровью (курением, алкоголем, избыточным питанием и другими).

По оценкам ВОЗ, в Европе ежегодно климатические изменения являются причиной от 1 до 10 % смертей среди людей старших возрастных групп, а в мире — более 150 тыс. дополнительных смертей и 5,5 млн лет нетрудоспособности в год. Это составляет 0,3 % общего числа смертельных исходов и 0,4 % общего количества лет нетрудоспособности соответственно. К 2050 г. ожидается дальнейшее увеличение числа смертельных исходов, связанных с потеплением климата, еще примерно на 1–1,5 %. В Беларуси последнее столетие отмечено наиболее существенным по интенсивности и продолжительности потеп-

лением — в период с 1989 г. и до настоящего времени (средняя годовая температура в целом по стране повысилась на 1,3 °С) [1, 2]. В связи с этим особую актуальность приобретает изучение сезонных вариаций климато-метеорологических условий на здоровье населения для разработки превентивных мер его сохранения на региональном уровне.

Цель

Проанализировать современные данные зарубежных исследований о последствиях влияния сезонных изменений климато-метеорологических условий на здоровье человека и изучить степень раздражающего действия погодных факторов на население г. Гомеля.

Материал и методы исследования

Анализировались публикации, содержащие информацию о последствиях влияния изменений погодно-климатических условий на здоровье человека, размещенных в англоязычных ресурсах, а также в ряде рецензируемых русскоязычных изданий.

Проведены физиолого-гигиеническая оценка и анализ метеорологических условий г. Гомеля. Материалом исследования стали данные официального учета метеорологических показателей, размещенные в бюллетенях Гомельского областного гидрометеорологического центра за 2012–2015 гг. Для расчета изменчивости погоды использовался клинический индекс патогенности погоды (ИПП) Г. Д. Латышева и В. Г. Бокша, который служит количественной оценкой степени раздражающего действия погодных факторов на организм человека. Индекс патогенности погоды является суммой частных индексов патогенности, каждый из которых пропорционален квадрату параметра патогенности, отражающему состояние погоды по среднесуточной температуре воздуха, относительной влажности, скорости ветра, облачности, межсуточному изменению атмосферного давления и температуры. Для определения частных индексов предложены соответствующие формулы. В зависимости от величины общего индекса погодные условия можно оценить как оптимальные (0–9), раздражающие (10–24) и острые (больше 24) [3].

Изменение климата в результате антропогенного влияния человека имеет важные последствия для здоровья: изменение географического и временного распределения заболеваний; усугубление течения экстремальных метеорологических явлений (увеличение числа дней с аномально высокой температурой). Непрямые эффекты глобального потепления (недостаток и ухудшения качества пищи и воды, загрязнение атмосферного воздуха) в сочетании с прямым повреждающим влиянием высокой температуры являются фактором риска распространения инфекционных заболеваний, увеличения количества заболеваний сердечно-сосудистой системы, легких и церебро-вазкулярных инцидентов и обострений хронических патологий.

Анализ сезонных изменений климато-метеорологических условий позволяет проследить ассоциации состояния здоровья с погодой [4, 5]. С зимним сезоном коррелирует ухудшение гликемического профиля у больных сахарным диабетом, снижение уровня ЛПВП. В исследовании, проведенном с участием 150 тыс. австралийцев, показано, что зимний сезон ассоциируется с гипертензией, нарастанием уровня общего холестерина, индекса массы тела, повышением риска хронической коронарной болезни на 6,89 % у мужчин и на 3,6 % — у женщин.

В жаркую погоду из-за обострения заболеваний учащается госпитализация и увеличивается смертность. Негативные эффекты эпизодических наплывов жары на здоровье могут характеризоваться судорогами, обмороками, обессиливанием, дегидратацией.

Для изучения степени раздражающего действия погодных факторов на население г. Гомеля был рассчитан ИПП для каждого дня с 2012 по 2015 гг. (рисунки 1–4).

Результаты исследования и их обсуждение

Считается, что самые высокие показатели ИПП наблюдаются в зимние месяцы в связи со значительным снижением температуры воздуха. Однако приведенные на рисунках графики демонстрируют, что самые высокие показатели ИПП в 2012 г. были отмечены с февраля по март, в 2013 г. — с июля по сентябрь, в 2014 г. — в феврале, а в 2015 г. —

в апреле. При расчете ИПП для 2014–2015 гг. было обнаружено, что наибольший вклад в формирование индекса (около 90 %) оказывало колебание суточной температуры.

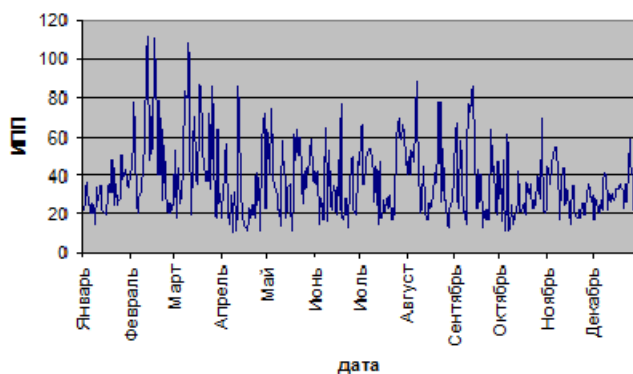


Рисунок 1 — ИПП Г. Д. Латышева и В. Г. Бокша за 2012 г.

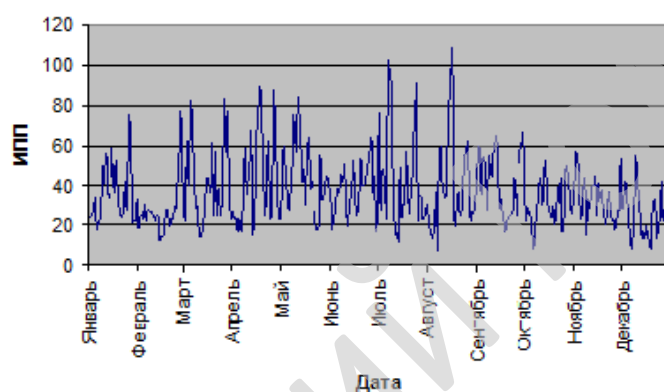


Рисунок 2 — ИПП Г. Д. Латышева и В. Г. Бокша за 2013 г.

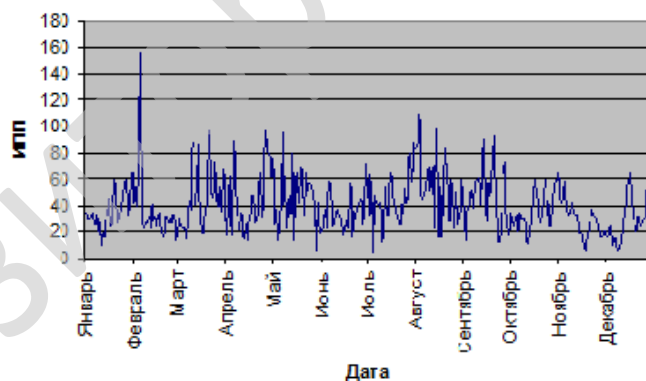


Рисунок 3 — ИПП Г. Д. Латышева и В. Г. Бокша за 2014 г.

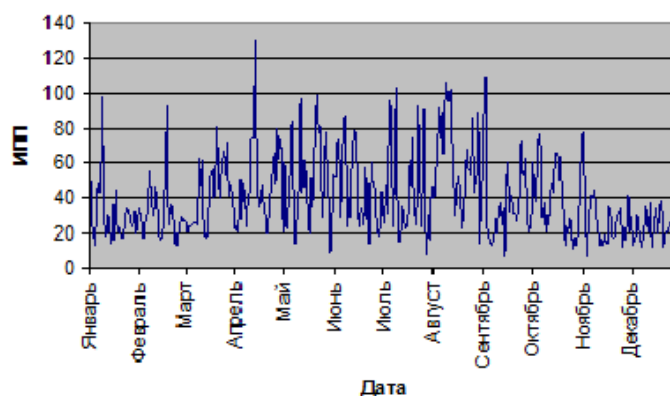


Рисунок 4 — ИПП Г. Д. Латышева и В. Г. Бокша за 2015 г.

Проведена оценка погодных условий в зависимости от величины ИПП. Так, дней с оптимальными погодными условиями практически не наблюдалось, а количество дней с раздражающими условиями было в два раза меньше, чем с острыми. Значительных колебаний в показателях различных лет не выявлено. Количество дней с аномальными погодными условиями увеличилось к 2015 г. (на 44 % больше показателя 2014 г.).

В связи с ростом аномальных погодных явлений следует ожидать напряжения процессов адаптации организма, проявляющегося увеличением заболеваемости и смертности населения, особенно его метеочувствительной части. Глобальные изменения климата в Республике Беларусь актуализируют необходимость усиления наблюдения за состоянием здоровья населения в контексте выводов Всемирной организации здравоохранения о возрастании риска для человеческой популяции экстремальных погодных явлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревич, Б. А. Изменение климата и здоровье населения России: анализ ситуации и прогнозные оценки / Б. А. Ревич, В. В. Малеев. — М.: ЛЕНАНД, 2011. — С. 208.
2. Актуализация первичной профилактики в условиях изменения климата / В. Н. Бортновский [и др.] // *Донозология 2017* Проблемы гигиенической донозологической диагностики и первичной профилактики заболеваний в современных условиях: материалы тринадцатой Евразийской науч. конф. — СПб., 2017. — С. 124–127.
3. Бокша, В. Г. Справочник по климатотерапии / В. Г. Бокша. — Киев: Здоровье, 1989. — 208 с.
4. Climate change and infectious diseases in Australia: future prospects, adaptation options, and research priorities / D. Harley [et al.] // *Asia Pac. J. Public Health*. — 2011. — № 6. — P. 2639–2654.
5. Chan, C. B. Assessing the effects of weather conditions on physical activity participation using objective measures / C. B. Chan, D. A. Ryan // *Int. J. Res. Public Health*. — 2009. — Vol. 23, № 2. — P. 54–66.

УДК 614.2

О ПРИНЦИПИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Чумаян А. Д., Иванов А. С., Худоногов И. Ю.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Многочисленные наработки профилактической медицины последних десятилетий находят адекватное отражение на страницах как периодических изданий [1], так и учебной литературы [2], затем многократно цитируются в СМИ и Интернете. При этом границы доминирующей профилактической парадигмы в стоматологии (ДППС) определяются достаточно четко. Будущие специалисты, действующие стоматологи и их пациенты потребляют однородный информационный контент, состоящий из некоторого фактографического материала, наделяемого статусом истины в последней инстанции. Кроме того, на соответствующем идеологическом самосохранительном основании вырастает сеть экономических бенефициаров, заинтересованных в консервации новых направлений исследований и сохранении «status quo». Однако рано или поздно количество фактов, противоречащих ДППС, переходит в новое качество, и понимание причин низкой эффективности традиционных профилактических мероприятий (таких как методики улучшения гигиены в полости рта (ПР), ограничение употребления рафинированных и содержащих большое количество углеводов пищевых продуктов, saniрующие процедуры в ротовой полости, удаление зубных отложений и т.д.) подталкивает современных ученых к выполнению работ, актуальность и научная новизна которых будет связана с новым взглядом на перманентный рост заболеваний полости рта (ПР) в детской и взрослой популяциях россиян, на низкую медицинскую эффективность не только первичной профилактики (ПП), но и вторичной профилактики (ВП) стоматологических заболеваний, к которой относят пломбирование зубов при кариесе, герметизацию фиссур и проч.

В рамках традиционной ДППС недостаточная эффективность ПП и ВП заболеваний РР объясняется формулированием научных гипотез, связанных со снижением защитных сил организма у часто болеющих детей, с развитием дисбактериоза кишечника, с изменением иммунного статуса пациентов, с широким распространением антибиотикорезистентности у бактерий, с ухудшением микрофлоры РР и др. При этом следствие зачастую выдается за причину, из отдельных фрагментов правды (фактов) формируется ложная парадигмальная конструкция, в которой основные механизмы патогенеза либо не представляются нам убедительными, либо остаются скрытыми полностью. Иными словами, традиционные методы профилактики чаще всего базируются на очевидном предположении: поскольку поверхность всех элементов РР покрыта микрофлорой, то основную роль в патогенезе, например, кариеса должны играть именно микробы, живущие на эмали, устойчивые к антибиотикам и постоянно стремящиеся внедриться в ткани зуба и разрушить их целостность. Если мы думаем так, то также должны и действовать, то есть в логике традиционной ДППС ткани РР нуждаются в создании и постоянном поддержании функциональной состоятельности непроницаемых барьеров между ними и микрофлорой. Указанная установка реализуется повсеместно при помощи покрытия зубов защитными лаками, постоянного (приуроченного к приему пищи) применения антисептических зубных паст, содержащих достаточно высокие концентрации фтора, использования электрических зубных щеток с технологиями сенсорного контроля, ультразвуковых или звуковых колебаний для чистки зубов [3] и т. д.

Крайней степенью защищенности зуба от микрофлоры РР можно считать покрытие его несъемным протезом коронки. При этом полная внешняя изоляция зуба от патогенной флоры РР при помощи самых современных цементах, надежно закрепляющих коронки на зубах, не гарантирует стерильности (герметичности) подкороночного пространства, не говоря уже об отсутствии привкуса металла во рту. Ситуацию значительно проясняют работы, посвященные изучению десневой жидкости (ДЖ), благодаря которым было установлено, что целостные (практически здоровые) зубные ряды и интактный пародонт в стандартных условиях постоянно продуцируют до 3 г ДЖ в течение 5 минут. Объем фильтрата увеличивается почти в 2 раза при установке металлокерамической коронки [4]. Следовательно, можно предположить, что в единицу времени через мягкие ткани десны поступает в РР объем ДЖ, равный соответствующему объему, поступающему через твердые ткани коронковой части зубов. Движение научной мысли в этом направлении, накопление новых фактов заставляет взглянуть на применяемые профилактические методики и концепции, их порождающие, под иным углом зрения.

Что же происходит в РР на самом деле? Существует ли граница между микробами и нами? Кто, как, куда и, главное, почему движется в нашем организме? С целью ответа на поставленные вопросы и последующего формирования у будущих и действующих врачей-стоматологов и их пациентов адекватных концептуальных представлений о гематогенной (эндогенной) природе основных стоматологических заболеваний и разработки соответствующих мер профилактики была выполнена настоящая работа.

В качестве материалов использовались описания клинических случаев, научные публикации, находящиеся в открытом доступе, собственные наблюдения авторов. Содержание использованных работ обрабатывалось при помощи методов структурно-функционального анализа и концептуального синтеза. В результате исследования был подтвержден широко известный тезис Аристотеля о том, что жизнь — это движение, и его логическое следствие о том, что прекращение движения — это смерть. Иными словами, участок капиллярной сети, на котором остановился кровоток, вызывает некроз ткани, получающей питание от этого участка. И чем дальше от питающего капилляра находится клетка в трехмерном пространстве, тем выше ее адаптация к дефициту кислорода и питания, тем медленнее будут протекать процессы дистрофии и некротизации. Тем не менее вероятность наступления гибели клеток дентина при нарушениях кровообращения в пульпе близка к 100 %. Однако если некроз кардиомиоцитов или нейронов — это явление, связанное с высокой летальностью, и поэтому хорошо изучено исследователями, то некроз

пульпы, дентина или эмали зубов изучен в значительно меньшей степени по целому ряду причин, включая замедление патологического процесса по мере уплотнения субстрата, в котором он разворачивается; практически полное отсутствие клинически выраженных манифестаций отмирания твердых тканей зуба (длительное сохранение функции измельчения пищи на фоне отсутствия трофики структуры-измельчителя), то есть физической и методологической труднодоступности объекта исследования и др.

Действительно, лишь завершающая стадия процесса нарушения кровообращения в РП, приводящая к атрофии и некрозу тканей зуба, сопровождается клиническими стоматологическими проявлениями (жалобами) и формированием кариозной полости. А это обозначает, что с ПП врачи-стоматологи-гигиенисты опоздали, вся последующая терапия будет направлена на устранение последствий и никак не предотвратит гибель новых клеточных конфедераций. Иными словами, все последующие терапевтические и хирургические стоматологические мероприятия будут носить паллиативный характер, то есть будут направлены на элиминацию той части клеток, которые уже погибли.

На сегодняшний день реальная клиническая картина не находит должного отражения в сознании стоматологов, а тем более стоматологических пациентов. Гемодинамические нарушения в РП не рассматриваются как актуальная проблема, требующая принятия срочных мер. Практическим профессиональным восприятием, как правило, игнорируется трофическая составляющая функционирования структур РП. В результате ни врач, ни пациент не в состоянии зафиксировать момент, когда ткани зуба перестают фильтровать в РП ДЖ, близкую по составу к плазме крови, то есть содержащую защитные противомикробные факторы. Таким образом, некротизация может быть сравнима со «стоячей водой», которая быстро заболачивается, то есть отсутствие встречного потока ДЖ делает твердые ткани зуба легкой добычей для микробов, проникающих в зону некроза при помощи обычной диффузии из ротовой полости. С другой стороны, давно известны данные о том, что ДЖ (как производное крови) периодически наполняется микробами. Каждый прием пищи сопровождается алиментарной бактериемией, и в течение длительного отрезка времени (иногда до часа) все капиллярное русло соприкасается с микробным началом, которое может спровоцировать развитие гнойного периодонтального абсцесса, открывающегося на десне свищем, на фоне интактной поверхности зубной эмали и дентина.

При обеспечении адекватного кровотока инфекционное начало может быть быстро обезврежено. Тем не менее, гематогенное направление развития многих патологических процессов в РП, являющееся более физиологически обоснованным фактором воспаления, незаслуженно игнорируется приверженцами ДППС при том, что оно логично укладывается в причинно-следственные цепочки: ишемия, некроз, кариес; ишемия, некроз, абсцесс, свищ; ишемия, некроз, пародонтит или пародонтоз.

В заключении необходимо признать, что человеческий организм — это бесспорно проточная система. Все входящие в состав пищи вещества (а также микробы) движутся изнутри (из просвета кишечника) наружу, минуя вначале кровеносное русло, затем интерстициальное пространство, фильтруются в окружающую среду через кожу, ногти, волосы, зубы и проч. Иными словами, вещество (содержимое кишечника) порциями, соответствующими пульсовой волне, постоянно под давлением 40–70 мм рт. ст. фильтруется по градиенту концентрации из пульпы зуба в дентин, а затем в эмаль, где в присутствии слюны и формирует зубной налет.

Преращение фильтрации — это еще не кариес, но важный его предвестник. С учетом цитоархитектоники можно предположить, что наиболее уязвимые для инфекционного вторжения места находятся в капиллярных петлях, которые заполняют пульпу настолько плотно, что длинные белковые молекулы, образующие волокноподобные конгломераты, липопротеиды низкой плотности, форменные элементы крови и другие субстраты не в состоянии преодолеть резкий поворот сосудистого русла. Если это происходит на фоне локального переохлаждения и отека пульпы в условиях жестко ограниченного интрадентально-

го пространства (особенно в корневом канале), в котором кроме сосудов проходят и многочисленные нервные волокна, то застой крови в соответствующих капиллярных петлях неизбежен. При этом снижение скорости (полное прекращение) движения вещества наружу способствует некрозу соответствующих одонтобластов, после чего связанные с ними дентинные каналы и их продолжения в эмали становятся легкой добычей микробов.

При высокой бактериальной и иммунной активности крови застой (прекращение ее движения) может приводить к гнойному расплавлению периодонта и формированию свища (что достаточно часто сочетается с интактным дентином и эмалью соответствующего зуба).

Таким образом, профилактическая парадигма, основанная на мониторинговании и активном регулировании реологических свойств крови и состоятельности капиллярного русла, обеспечивающая минимизацию рисков возникновения основных стоматологических заболеваний даже на фоне пониженного содержания фтора в питьевой воде и пищевых продуктах, требует развития медико-социальной инфраструктуры в направлении увеличения объема и доступности информационно-профилактических воздействий и медико-диагностических услуг, способных обеспечить высокую эффективность социального регулирования [2] стоматологического здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хлынин, С. В. Социологические подходы к анализу факторов риска развития пародонтита / С. В. Хлынин, Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов // Социология медицины. — 2010. — № 2. — С. 38–43.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Ю. Г. Элланский [и др.]; под ред. И. В. Дударева; ГБОУ ВПО «Ростовский гос. мед. ун-т» М-ва здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — Ростов н/Д., 2011. — С. 112–127.
3. Абдусаламова, Б. Ф. Эффективность применения электрической звуковой зубной щетки и устройства для очистки межзубных промежутков / Б. Ф. Абдусаламова // Dental Forum. — 2016. — № 4 (63). — С. 10–11.
4. Мухамедов, Ш. Ш. Результаты изучения гидродинамики красного пародонта витальных и девитальных опорных зубов в системе металлокерамической конструкции / Ш. Ш. Мухамедов, Г. Г. Ашуров // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. — 2016. — № 3. — С. 31–34.
5. Худоногов, И. Ю. Социальное регулирование репродуктивного поведения населения Ростовской области // автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет / И. Ю. Худоногов. — Ростов н/Д., 2007. — С. 17.

УДК 614.2

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОНЦЕПЦИИ ПОЗИТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Шаршакова Т. М., Гапанович-Кайдалов Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Право на здоровье впервые было провозглашено в 1948 г. в преамбуле Устава ВОЗ и Всеобщей декларации прав человека. В дальнейшем главной социальной задачей правительств и ВОЗ должно было стать достижение всеми гражданами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который бы позволил им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Сегодня можно с уверенностью сказать, что решить эту задачу в полной мере не удалось. До настоящего времени здоровье населения Республики Беларусь, как и Европейского региона, в целом улучшается, но не достаточно быстро, если принять во внимание имеющиеся знания и технологии здравоохранения.

Многие страны сегодня столкнулись с серьезными демографическими, социальными, экономическими и экологическими проблемами, что требует пересмотра не только действующих механизмов управления здравоохранением, а также политики в области здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи, но и самого понятия «здоровье».

С традиционной точки зрения здоровье человека — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Однако в литературных источниках можно встретить различные подходы к определению и интерпретации здоровья.

Например, А. Г. Щедрина определяет здоровье как «целостное многомерное динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели), которое развивается... в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяет человеку... осуществлять его биологические и социальные функции» [1].

Р. М. Баевский выделяет в качестве главной характеристики здоровья адаптивность организма: «Возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, свободно взаимодействуя с ней, на основе биологической, психологической и социальной сущности человека» [2].

Сложность понятия «здоровье» обусловила разнообразие точек зрения. Под здоровьем понимают гармоническое взаимодействие и функционирование всех органов и систем человека (С. Я. Чикин); функциональные возможности организма, диапазон его компенсаторно-адаптационных реакций в экстремальных условиях (Н. Д. Граевская); гармоничное единство биологических и социальных качеств (Ю. П. Лисицын); процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психологических возможностей, оптимальной социальной активности при максимальной продолжительности жизни (В. П. Казначеев); уровень функциональных возможностей организма, диапазон его компенсаторно-адаптационных реакций в экстремальных условиях, то есть уровень резервных возможностей организма (Н. М. Амосов); возможность в максимальной степени реализовать свою генетическую программу (Э. Н. Вайнер) и др.

Р. И. Айзман сформулировал определение здоровья с точки зрения так называемого физиологического (медико-биологического) подхода: «Здоровье — это способность организма сохранять свою психофизиологическую устойчивость (гомеостаз) в условиях адаптации к различным факторам окружающей среды и нагрузкам» [3].

Какое бы определение здоровья не было предложено, так или иначе исследователи рассматривают следующие три его составляющие: физическую, психологическую и поведенческую.

Физическая составляющая характеризует текущее состояние, функционирование и развитие органов и систем организма.

Психологическая составляющая характеризует состояние, функционирование и развитие различных сфер личности: потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательной, морально-нравственной, межличностно-социальной и др.

Поведенческая составляющая характеризует степень адекватности поведения и взаимодействия с внешней средой.

Следовательно, здоровье можно интерпретировать, как оптимальное функциональное состояние и развитие организма в актуальных биологических и социально-психологических условиях.

Любую концепцию здоровья можно рассматривать как негативную или позитивную.

С точки зрения негативных концепций здоровье можно рассматривать, как отсутствие болезней. Следовательно, главной целью является предупреждение заболеваний. Все лечебные и профилактические мероприятия проводятся для избавления от болезней или предупреждения их возникновения.

В центре внимания позитивных концепций здоровья находится укрепление здоровья, расширение своих возможностей, саморазвитие и саморегуляция. Главная цель — достичь физического и психологического благополучия.

Отметим, что в зарубежной психологии имеется большое количество исследований, изучающих позитивное психическое здоровье (М. Jahoda, G. Vaillant, В. Fredrickson и др.). Так, например, G. Vaillant в своей статье рассматривает психическое здоровье как: наличие совокупности сильных сторон личности, а не отсутствие слабостей; зрелость; примат позитивных эмоций; субъективное ощущение благополучия и др. [4].

Концепция позитивного здоровья (речь идет не только о психическом здоровье) в современных условиях начинает все шире использоваться, как теоретико-методологическая основа для организации работы системы здравоохранения.

Подтверждением этого служит обсуждение проблематики позитивного здоровья и так называемого интегрированного подхода к здоровью в рамках наиболее авторитетных международных форумов.

В частности, международная конференция «The International Conference on Integrated Care» (ICIC 18), которая состоялась в г. Утрехте (Нидерланды), продемонстрировала стремление ученых разных стран создать систему интегрированного ухода, объединяющую усилия различных медицинских работников по созданию для пациента жизненной среды, обеспечивающей максимальное удовлетворение потребностей.

Участники конференции основной смысл интегрированного ухода и позитивного здоровья сформулировали следующим образом: интегрированный уход — это такая организация помощи и поддержки человека и посредством самого человека, когда его потребности и желания удовлетворяются настолько хорошо, насколько это возможно; это более чем просто удовлетворение потребностей пациента, но также развитие его собственных способностей адаптации и саморегуляции (позитивное здоровье); это требует объединения усилий работников здравоохранения и социального обеспечения, а также усилий самого пациента (D. Lukkien, S. Timmer, R. van der Sande, S. Suijkerbuijk, H. H. Nap).

Таким образом, концепция позитивного здоровья в современных условиях должна стать основой для совершенствования системы здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи Республики Беларусь. Сегодня уже очевидно, что достижение состояния полного физического, духовного и социального благополучия (традиционное понимание здоровья) практически невозможно. В то же время ориентация медицинской помощи на максимальное удовлетворение потребностей пациента, развитие его способностей к адаптации и саморегуляции в целом будет способствовать повышению эффективности функционирования системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья / А. Г. Щедрина. — Новосибирск: Наука, 1998. — С. 17.
2. Валеология и проблемы самоконтроля здоровья в экологии человека / Р. М. Баевский [и др.]. — Магадан: С ВНИЦ ДВО РАН, 1996. — 55 с.
3. Айзман, Р. И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования / Р. И. Айзман. — Новосибирск, 1996. — 197 с.
4. Vaillant, G. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? / G. Vaillant // World Psychiatry 2012;11:93-99. — <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654934>.

УДК 614.39

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИНТЕРНЕТА ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Эккерт Н. В., Полухин Н. В.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Первый Московский государственный медицинский
университет имени И. М. Сеченова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

В современных условиях развития системы здравоохранения в России, реализации государственной политики в области повышения качества медицинской помощи населению, увеличения эффективности работы системы здравоохранения в целом наиболее актуальными являются проблемы использования современных информационных технологий, повышения информированности населения о здоровье и здоровом образе жизни.

Цель

Изучение отечественных и зарубежных литературных источников о возможностях использования Интернета для получения населением информации о здоровье и здоровом образе жизни.

Проанализировано 23 литературных источника отечественных и зарубежных авторов о применении современных информационных технологий с целью информирования населения о вопросах здоровья и здорового образа жизни (ЗОЖ). Использовались контент-анализ и аналитический метод.

Проведенный анализ показал, что в настоящее время необходимость использования Интернета в качестве основного источника информации о здоровье и ЗОЖ стремительно растет. По данным опроса ВЦИОМ, по состоянию на февраль 2018 г. 80 % взрослого населения России имеют доступ в Интернет. Поиск информации о здоровье составляет более 4 % всех поисковых запросов [1]. Несмотря на то, что преобладающее большинство этих запросов связано с изучением проблемы конкретного заболевания, наблюдается также увеличение поисковых запросов о правильном питании, информации о здоровом образе жизни и различных физических упражнениях, что может указывать на то, что пользователи Интернета все больше интересуются информацией о состоянии своего здоровья.

Использование современных информационных технологий и, в частности, Интернета, в целях санитарно-гигиенического просвещения имеет ряд преимуществ. Во-первых, Интернет предоставляет возможность получить доступ к информации о здоровье и здоровьесберегающих технологиях широкому кругу лиц. Во-вторых, размещение аналогичной информации, способствующей санитарно-гигиеническому просвещению населения, зачастую не требует значительных финансовых затрат для охвата большой аудитории. В-третьих, использование современных подходов продвижения и формирования контента позволяет предоставлять медицинскую информацию, направленную на индивидуума в зависимости от состояния здоровья и сферы интересов конкретного пользователя.

Кроме того, Интернет создает благоприятные условия для распространения медицинской информации среди групп населения, которым ранее эта информация по разным причинам была недоступна или труднодоступна [3]. Например, проведенные исследования показали, что мужчины реже обращаются за помощью в медицинские организации. Для них Интернет может стать доступной альтернативой обращения к врачу-специалисту для консультации и получения необходимой информации о своем здоровье. При этом пользователь Интернета может получать информацию о здоровье или заболевании конфиденциально, без очного посещения специалиста. В некоторых ситуациях это помогает предотвратить развитие болезни или ее осложнений, снизить риск распространения различных заболеваний. Интернет позволяет устранить территориальные и географические барьеры, а также физические ограничения, которые мешают людям получать полезную информацию о состоянии здоровья и ЗОЖ.

Многообразие каналов коммуникации в Интернете (вебсайты, электронные рассылки, сервисы блогов и новостей, форумы, сервисы мгновенного обмена сообщениями, социальные сети и т. д.) помогает привлечь широкую аудиторию и предоставить информацию о здоровье и ЗОЖ наиболее удобным для пользователя образом в наиболее доступном формате (статьи, инфографики, сводные таблицы, видеоролики и т. д.).

Существует несколько подходов к использованию возможностей Интернета для повышения уровня грамотности населения в вопросах здоровья и формирования ЗОЖ. Один из наиболее важных подходов — это использование Интернета для распространения информации с целью изменения поведения пользователей для улучшения их здоровья и качества жизни, формирования ЗОЖ у различных возрастных групп населения. При этом необходимо предоставлять информацию о здоровье в доступном и понятном для широкого круга лиц формате. Например, с целью информирования населения были разработаны профессиональные онлайн-системы, объединяющие предоставление медицинской информации различными интерактивными путями, такими как: сервисы «вопрос-ответ», общение с экспертами и другими пользователями системы. Согласно проведенным исследованиям, отмечались положительные результаты, связанные с использованием этих онлайн-систем. В частности, сообщалось о повышении приверженности пользователей Интернета

к сохранению здоровья, улучшению их психического здоровья и качества жизни. Недавний систематический обзор 71 мета-анализа (1733 исследования, посвященных применению онлайн-инструментов влияния на поведение, оценку здоровья и формирование здорового образа жизни) показал, что использование Интернета для информирования различных групп населения о здоровье способствует широкому охвату пользователей, а также предоставляет возможность взаимодействовать с лицами, которые из-за физических и (или) психологических ограничений имеют трудности с регулярным очным общением с врачами-специалистами [2].

Несмотря на огромный потенциал Интернета в вопросах санитарно-гигиенического просвещения, существуют ограничения, которые еще предстоит преодолеть. В качестве одного из них следует выделить огромный разрыв в возможности получать необходимую информацию, который существует между теми, кто имеет доступ к Интернету, и теми, у кого такого доступа нет. По мере увеличения доступности Интернета для населения эта проблема постепенно решается. Однако люди с низким уровнем образования, низким уровнем дохода, а также лица старшего возраста по-прежнему не имеют доступа к медицинской информации в Интернете. Результаты опроса, проведенного в феврале 2018 г., показали: несмотря на то, что доля людей, имеющих доступ в Интернет, в возрасте 18–44 лет составляет более 90 %, в возрастной группе 45–59 лет этот показатель снижается до 77 % и до 49 % — в группе 60+ лет [1]. Эти данные свидетельствуют, что пожилые люди, которые больше всего нуждаются в медицинской информации, могут оказаться не в состоянии воспользоваться современными информационными технологиями. Другая проблема связана с достоверностью информации о здоровье, опубликованной в Интернете, и отсутствием контроля достоверности этого контента. При этом некоторые данные в области медицины, доступные в Интернете для пользователей, могут содержать неточную или недостоверную информацию.

Вышеуказанные проблемы подчеркивают необходимость усилий врачей, организаторов здравоохранения в содействии использованию Интернета для целей санитарно-гигиенического просвещения среди старших возрастных групп населения и сведения к минимуму вероятности получения неточной медицинской информации из Интернета. В настоящее время необходимо обсуждать проблемы взаимодействия и оптимального использования Интернета для санитарно-гигиенического просвещения по вопросам здоровья и формирования здорового образа жизни, чтобы достичь наиболее широкого охвата населения различных возрастных групп.

Важно, чтобы врачи-специалисты или администраторы онлайн-ресурсов регулярно оценивали и отслеживали содержание контента, который распространяется между членами Интернет-сообществ, чтобы свести к минимуму вероятность нанесения вреда, вызванного публикацией недостоверной информации. При этом необходимо развивать современные информационные ресурсы для пациентов, на которых они могут получить полезную информацию о здоровье, о формировании ЗОЖ, о различных заболеваниях, а также обучить пользователей более критически оценивать достоверность информации о здоровье, полученной из Интернета.

Развитие современных информационных технологий открывает большие возможности для повышения уровня грамотности населения в вопросах здоровья и ЗОЖ. Проведенные исследования показывают, что использование возможностей Интернета для санитарно-гигиенического просвещения населения может быть более эффективным и менее финансово-затратным по сравнению с традиционными методами. Однако основные проблемы, такие как доступность Интернета для определенных групп населения, а также качество размещенной информации могут служить препятствиями при достижении целей санитарно-гигиенического просвещения с использованием Интернета. В связи с этим необходимо, чтобы врачи-специалисты, организаторы здравоохранения и администраторы онлайн-ресурсов интегрировали свои усилия и возможности Интернета для получения населением информации о здоровье и ЗОЖ из достоверных источников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каждому возрасту — свои сети / Всероссийский центр изучения общественного мнения — 12.02.2018. — <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116691>.
2. Internet-Delivered Health Interventions That Work: Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability / M. A. Rogers [et al.] // J Med Internet Res. — 2017. — Vol. 19(3). — С. 19–20.
3. Development of a website providing evidence-based information about nutrition and cancer: Fighting fiction and supporting facts online / M. R. van Veen [et al.] // JMIR Research Protocols. — 2015. — № 4(3). — P. 110.

УДК 613:[577.118+546.15] 022.252

**ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
О ПРЕОДОЛЕНИИ ДЕФИЦИТА ЙОДА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И СОДЕРЖАНИИ
МИКРОЭЛЕМЕНТА В ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ***Яблонская И. В.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Предпринимаемые усилия по преодолению йодной недостаточности у населения позволили Международному комитету по контролю за йододефицитными заболеваниями Глобальной сети по йоду включить в 2016 г. Республику Беларусь в число стран, устранивших дефицит йода в питании населения [1]. Гомельская область одна из первых вышла из числа регионов Беларуси, население которых испытывает дефицит йода, что было достигнуто путем использования всех звеньев государственной программы преодоления йодной недостаточности [2]. Одним из таких звеньев являлось информирование населения о дефиците йода в природной среде и пищевых продуктах в регионе проживания. Проведенные рекламная компания в СМИ, структурированные семинары в целевых группах, активная пропаганда знаний в средних и высших учебных заведениях сформировали информированность населения о содержании йода в продуктах питания местного производства, в используемой йодированной соли и о других источниках йода. Высокая распространенность тиреоидной патологии в области, как одно из проявлений дефицита микроэлемента в природной среде и в питании, способствовала активному использованию населением продуктов с высоким содержанием йода, йодированной соли, йод-содержащих препаратов. Это позволило не только устранить дефицит йода, но и обусловило превышение гигиенических норм потребления микроэлемента. Уже к 2005–2010 гг. в Гомельской области отмечались высокие показатели йодурии в контрольных группах населения [3]. В силу того, что высокое содержание йода в среднесуточных рационах (от 500 мкг) способно вызывать острые и хронические интоксикации, развитие целого ряда системных изменений, йод-ассоциируемой патологии, включая патологию щитовидной железы, оптимизация содержания микроэлемента в пищевых рационах имеет непреходящее значение. Значимость проблемы оптимизации йодной обеспеченности населения обусловлена также необходимостью реализации мероприятий, обеспечивающих безопасность населения в условиях развития аварийных ситуаций на АЭС, предусматривающих в том числе использование препаратов йода. И информированность населения о содержании микроэлемента в среднесуточных рационах приобрела в Гомельской области особую актуальность.

Цель

Изучение состояния информированности населения о преодолении дефицита йода в Гомельской области и содержания микроэлемента в используемых пищевых продуктах, а также выявление источников информирования населения о содержании микроэлемента в продуктах питания.

Материал и методы исследования

Материалами исследований являлись данные анонимного опроса населения, проживающего в различных районах Гомельской области и г. Гомеле, охватившего 752 человек, и информация, предоставляемая населению о содержании йода в отобранных образцах мясо-молочных и других пищевых продуктов, используемых населением Гомеля и Гомельской области. Оценивались источники и характер информированности различных возрастных групп населения. Сбор информации проводился методом случайной выборки (2017–2018 гг.). Оценка результатов проведена методом системного анализа и экстраполяции полученных и литературных данных, с использованием IT-технологий.

В результате анализа и экстраполяции полученных в ходе опроса данных установлено, что респондентами были жители большинства районов Гомельской области и г. Гомеля, в том числе жители районов II территориальной группы области, природная среда которых достоверно влияет на степень йодной обеспеченности населения ($r = 0,83$), вызывая наибольший риск развития тиреоидной патологии, и подлежащих первоочередному гигиеническому контролю [4] (рисунок 1).



Рисунок 1 — Экологическая карта-схема ранжирования территории Гомельской области по содержанию йода в природной среде

Возрастной состав респондентов включал три основные группы, отличающиеся друг от друга источниками информирования о состоянии йодной обеспеченности используемых пищевых продуктов (таблица 1).

Таблица 1 — Возрастной состав респондентов, проживающих в Гомельской области, 2017–2018 гг.

Возрастные группы	I	II	III
Возраст	18–35 лет	36–50 лет	Старше 50 лет
Процент от общего числа респондентов	49	24	27

Основным источником информирования о йододефицитности природной среды и продуктах питания, необходимость использования морепродуктов, йодированной соли, йод-содержащих витаминных комплексов для I возрастной группы является информация, полученная в ходе образовательного процесса в школах и вузах. Для II группы — информация, полученная в ходе образовательного процесса в высших, средне-специальных учебных заведениях и СМИ. Для III — полученная преимущественно из СМИ, в ходе рекламной кампании по использованию йодированной соли белорусских производителей и информационно-просветительной работы с целевыми группами населения (медицинские работники, работники торговли и пищевой промышленности, педагоги). При этом боль-

шинство респондентов (80 %), по-прежнему считают себя лицами, испытывающими дефицит йода, а выявляемую патологию щитовидной железы — йододефицитной. Основными продуктами, содержащими этот микроэлемент, большинство респондентов считают морепродукты, что соответствует информации, содержащейся в доступной населению литературе и в средствах массовой информации. Из 20 % респондентов, не считающих необходимым дополнительное введение микронутриента в питание, только 5 % ссылаются на свои опасения негативного влияния на здоровье высокого содержания микроэлемента в питании и изменение органолептических свойств продуктов.

Никто из опрошенных лиц не имеет информации об оптимальном йодном обеспечении и о содержании йода в ежедневно используемых продуктах питания.

Полученные результаты говорят о необходимости изучения информации, предоставляемой населению производителями пищевой продукции. С этой целью методом случайной выборки были отобраны образцы пищевых продуктов, реализуемых в торговой сети г. Гомеля, включая молочные продукты детского питания, подлежащие обязательному йодированию [5].

Согласно полученным данным, пищевые продукты, реализуемые в г. Гомеле и районах области, не содержат информации о наличии в них йода, что не позволяет потребителю оценивать содержание микроэлемента в используемых продуктах (таблица 2).

Таблица 2 — Информация о составе молочных продуктов детского питания, предоставляемая потребителям г. Гомеля, 2018 г.

Название продукта	Молоко детское, питьевое	Сырок творожный, глазированный
Производитель	ОАО «Минский молочный завод № 1», г Минск	ПУП «Молочный колос», г. Осиповичи, Могилевская область
Белки	2,8-3,2	7,0
Жиры	3,2	23,6
Углеводы	4,7	33,0
Минеральные вещества		
Кальций	100–140 мг	—
Йод	—	—
Энергетическая ценность	60 ккал	370 ккал

Информированность населения Гомельской области о его йодной обеспеченности не отражает устранения дефицита йода в питании.

Отсутствие информации, предоставляемой производителями населению, о содержании йода в пищевых продуктах снижает эффективность гигиенических мероприятий, направленных на оптимизацию йодной обеспеченности населения, снижение рисков развития йод-ассоциируемой патологии и обеспечение безопасности населения в условиях развития аварийных ситуаций на АЭС.

Сложившаяся ситуация определяет необходимость возобновления информационно-образовательной работы, направленной на оптимизацию содержания йода в пищевых рационах населения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблема йодной обеспеченности в Республике Беларусь: результаты внедрения стратегии ликвидации йодного дефицита / Т. В. Мохорт [и др.] // Международный эндокринологический журнал. — 2016. — № 1 (73). — С. 11–18.
2. Яблонская, И. В. Гигиеническая оценка эффективности устранения йододефицита в Гомельской области / И. В. Яблонская, С. В. Жаворонок, А. Н. Стожаров // Медицинский журнал. — 2017. — № 4. — С. 158–160.
3. Леонова, Т. А. Йодная обеспеченность населения Гомельской, Брестской областей и г. Минска в 2010 г. // Вести национальной академии наук Беларуси. — 2012. — № 1. — С. 61–66.
4. Яблонская, И. В. Использование йодированной соли в современных экологических условиях регионов Беларуси: монография / И. В. Яблонская. — Мозырь: УО МГПУ им. ИП. Шамякина, 2009. — 132 с.
5. Яблонская, И. В. Спектр йод-ассоциированных заболеваний как показатель оптимальности использования йодированной соли в Гомельской области: сб. науч. ст. / И. В. Яблонская, В. Н. Бортиновский, В. Б. Масыкин. — Гомель, 2017. — С. 157–160.
5. Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 484 от 6 апреля 2001 г. «О предупреждении заболеваний связанных с дефицитом йода. — Минск, 2001.

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Б.Э., Сквиря И. М. Интеграция психотерапии в общесоматические лечебно-профилактические структуры — введение времени	3
Бакалец Н. Ф., Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С. Определение специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»	5
Бараш А. Н., Шаршакова Т. М., Шилова Н. П., Малиновский Г.Ф., Котович В.О. Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов с анофтальмом, влияющие на их качество жизни	8
Березовая М. С., Зуб Л. О., Акентьев С. О. Оценка нарушения пищевого статуса у пациентов с хронической болезнью почек, нахо- дящихся на программном диализе	11
Березуцкий В. И. Профилактика синдрома запястного канала у пользователей персональных компьютеров	12
Бортновский В. Н., Пучко В. К. Социально-гигиенический анализ состояния массового сознания и практических дей- ствий населения, касающихся вопросов радиационной безопасности	15
Вашкевич Н. В., Федоров В. В., Иванцов О. А. Психотерапевтическая помощь в период ранней реабилитации пациентов трудоспособного возраста, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	17
Власова-Розанская Е. В. Оценка общей трудоспособности при наличии комбинированной взаимоотноотягивающей патологии органов и систем организма	19
Гапанович-Кайдалов Н. В. Развитие экономического мышления студентов медицинского университета	23
Гарелик Т. М., Наумов И. А. Выявление резервов по сохранению репродуктивного здоровья пациенток, страдающих раком шейки матки	25
Глушанко В. С., Алфёрова М. В., Орехова Л. И., Рубанова О. С. Медицинские составляющие интегрированной профилактики социально значимых заболеваний	28
Дюрдь Т. И., Слободская Н. С. Оценка функциональных кардиореспираторных проб при медицинских осмотрах	30
Зарубинская Л. Г. О медицинских последствиях приобретения избыточной собственности	33
Зданович А. И., Затей А. О. Связь уровня личностной тревожности с рисками развития нарушений пищевого поведе- ния у студентов Курского государственного медицинского университета	35
Ищенко Н. С., Сачковская А. В., Подоляко В. А. Приоритетные направления развития здравоохранения в Республике Беларусь	37
Ищенко Н. С., Шаршакова Т. М., Подоляко В. А. Актуальные аспекты реализации проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь»	40
Кдырбаева Ф. Р. Роль врача общей практики в профилактике ожирения	44
Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н. Влияние озонотерапии на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца в ближайшем и отдаленном периоде	46
Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С., Шахлан Л. П. Геропротекторное действие озono-кислородной смеси	49

Латышева С. В., Будевская Т. В., Абаимова О. И. Научно-обоснованный подход в профилактике кариеса.....	52
Лебедева А. М., Попова Е. О., Пашина И. В. Использование оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью при планировании деятельности частного стоматологического кабинета	55
Маль Г. С. Генетические маркеры в оценке эффективности гиполипидемической терапии у больных ишемической болезнью сердца с присоединением коморбидной патологии	56
Маль Г. С. Влияние показателей качества жизни больных ишемической болезнью сердца на оценку эффективности борьбы с неинфекционными заболеваниями.....	58
Мамчиц Л. П. Артериальная гипертензия: качество жизни пациентов, факторы риска, антигипертензивная терапия.....	60
Мирворисова Л. Т., Мирворисова З. Ш. Разработка этапов анализа качества медицинской помощи в здравоохранении на основе бизнес-процессов.....	63
Одилова Б. Т., Нурмухамедова Р. А., Садырова М. А. Улучшение качества медицинских услуг с помощью внедрения рейтинговой оценки работы врача общей практики в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане.....	65
Орехова Л. И., Глушанко В. С. Методические предпосылки управления вероятностными рисками болезней системы кровообращения	67
Писарик В. М., Новик И. И., Сачек М. М. Соотношение объема потребления незарегистрированного алкоголя к общему потреблению алкоголя в Республике Беларусь по результатам STEPS-исследования	69
Рахманова Ж. А., Искандарова Г. Т. Сравнительные данные эффективности вакцин для профилактики вируса папилломы человека.....	71
Рахманова Ж. А., Искандарова Г. Т. Полиомиелитные вакцины: иммунизация против полиомиелита в Узбекистане	74
Рубанова О. С., Кутько А. П., Глушанко В. С. Доказательства необходимости развития кардиоваскулярной службы на третьем территориально-технологическом уровне оказания медицинской помощи населению.....	76
Тимошилов В. И., Сибилева А. А., Рыбникова Д. В. Оценка латентности социально обусловленных инфекций среди молодежи и пути мотивации молодых людей к прохождению обследований	79
Худоногов И. Ю. Приватизация здоровья (социальные перспективы, информационные и когнитивные предпосылки).....	81
Чайковская М. А. Влияние сезонных вариаций климато-метеорологических условий на здоровье человека	84
Чумаян А. Д., Иванов А. С., Худоногов И. Ю. О принципиальных изменениях профилактической парадигмы в стоматологии.....	87
Шаршакова Т. М., Гапанович-Кайдалов Н. В. Теоретико-методологические основы концепции позитивного здоровья	90
Эккерт Н. В., Полухин Н. В. Использование возможностей Интернета для информирования населения о здоровье и здоровом образе жизни.....	92
Яблонская И. В. Гигиенический анализ информированности населения о преодолении дефицита йода в Гомельской области и содержании микроэлементов в используемых пищевых продуктах.....	95

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы VII Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 25–26 октября 2018 года)**

Выпуск 7

В авторской редакции

Компьютерная верстка С. Н. Козлович

Подписано в работу 24.10.2018.

Тираж 50 экз. Заказ № 459.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.

Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.