Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сборник материалов
научно-практической конференции
с международным участием

21 октября 2016 года

Гродно
ГрГМУ
2016

Репозиторий ГрГМУ

УДК 614.2 (476)
ББК 51.1 (4 Бел)
С 56

Рекомендовано Редакционно-издательским советом
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
(протокол № 10 от 10.06.2016).

Редакционная коллегия:
Е. М. Тищенко (отв. ред.); М. Ю. Сурмач (отв. ред.);
Г. И. Заборовский; В. К. Третьякевич; Н. Е. Хильмончик.

Рецензенты:
проректор по научной работе ГрГМУ, д-р мед. наук,
доц. С. Б. Вольф;
зав. каф. общей гигиены и экологии ГрГМУ,
д-р мед. наук, доц. И. А. Наумов.

Современные проблемы общественного здоровья и
С 56 здравоохранения : сборник материалов научно-практической конференции с международным участием (21 октября 2016 года) / отв. ред. Е. М. Тищенко, М. Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 372 с.
ISBN 978-985-558-779-9.

Сборник содержит статьи авторов из Беларуси, России, Украины, Польши посвященные актуальным проблемам общественного здоровья и здравоохранения. Сборник будет полезен организаторам, руководителям и специалистам практического здравоохранения, преподавателям медицинских университетов и колледжей.

УДК 614.2 (476)
ББК 51.1 (4 Бел)

ISBN 978-985-558-779-9

© ГрГМУ, 2016

Репозиторий ГрГМУ

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОПОТРЕБЛЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. В. Адамович

РУП «Научно-практический центр гигиены», Беларусь

По мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, «болезни, связанные с табаком, являются самой крупной угрозой для общественного здравоохранения, с которой когда-либо сталкивался мир». Согласно их оценкам, от заболеваний, связанных с табаком, умирает приблизительно шесть миллионов человек в год, а при сохранении текущего положения, к 2030 г. эта цифра может увеличиться до 8 миллионов [1].

Наиболее распространенной формой табакопотребления, как среди взрослого населения, так и среди лиц молодого возраста, является курение. В настоящее время, насчитывается более 1 млрд. курильщиков [2].

Пандемическое распространение курения привело к необходимости разработки комплексных, эффективных и всеобъемлющих мер по предотвращению и сокращению дальнейшего распространения табакопотребления, что, в свою очередь привело к созданию Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которую Беларусь ратифицировала в 2005 году, и комплекса мер MPOWER.

Но, не смотря на значительные успехи в борьбе с табачной эпидемией, достигнутые в последние годы, по-прежнему остро стоит проблема табакопотребления среди лиц молодого возраста. Масштабы распространения этого явления среди молодежи, агрессивная и, зачастую, успешная тактика табачных компаний по популяризации курения среди девушек, женщин и молодежи, а так же все более раннее приобщение к табакокурению, вызывают серьезную озабоченность всего мирового сообщества.

Так, по данным ВОЗ, уже в возрасте от 13 до 15 лет, по меньшей мере, каждый десятый подросток употребляет табак, хотя есть регионы, где этот показатель значительно выше [3].

В Беларуси курят 27,9% респондентов от 16 лет и старше. Среди мужчин курящие (постоянно или от случая к случаю) составляют 47,0%, среди женщин – 15,6 %, причем, самый высокий процент табакопотребителей отмечен в возрастных группах 16–29, 30–49 лет – 32,8% [4], т.е. наиболее трудоспособной и социально-активной части населения.

И, если в отношении взрослых потребителей табака, наблюдается положительная тенденция к снижению доли курящих (с 30,6% до 27,9% за последние 5 лет), то распространенность этой пагубной привычки среди подростков остается высокой. По материалам исследования, проведенного сотрудниками НПЦ гигиены в рамках проекта ВОЗ, треть подростков 13-15 лет пробовали курить, а каждый 10-й начинает курить до 10 лет [4].

Кроме того, в последние годы все большую популярность в молодежной среде приобретают другие виды табачных изделий, таких как курительные смеси (спайс и др.), электронные парогенераторы, а так же, так называемый, бездымный табак [5]. Многие из этих табачных изделий

Репозиторий ГрГМУ

позиционируются производителями как менее вредная и более практичная альтернатива курению, а так же как средства, способствующие или облегчающие процесс отказа от курения. Тем не менее, употребление подобных табачных продуктов, не является более безопасным, а иногда сопряжено с еще большими рисками особенно в молодом возрасте.

В частности, серьезную озабоченность в настоящее время вызывает активное распространение среди подростков (14-18 лет) употребления насвая (смеси веществ, содержащей табак или табачную пыль) [6]. Поскольку основой для насвая является табак, его употребление, безусловно, способствует развитию и поддержанию никотиновой зависимости, и, зачастую, в более короткие сроки, чем при курении [5]. Кроме того, поскольку изготавливается насвай исключительно кустарным способом, в некоторых случаях в его составе обнаруживаются различные химические и наркотические компоненты (конопля, марихуана, анаша, амфетамины), что может способствовать переходу к употреблению других психоактивных веществ и, в конечном счете, наркотической зависимости [7].

Аналогичная ситуация наблюдается в отношении курительных смесей. Наличие в их составе синтетических каннабиноидов и других ПАВ, оказывает серьезное комплексное негативное влияние на организм, и в первую очередь ЦНС, а так же способствует довольно быстрому развитию наркотической зависимости.

Опасность использования, получивших в последние годы особую популярность в молодежной среде электронных систем курения (е-сигарет/электронных парогенераторов), связана, не только с высокой вероятностью развития никотиновой зависимости, но и с риском отравления никотином (в следствие неправильно подобранной смеси для заправки картриджа и/или неконтролируемого «парения»), что особенно часто наблюдается среди подростков.

Таким образом, употребление в подростковом и молодом возрасте различных видов табачных изделий (в том числе легальных), способствует формированию стереотипов поведения, которые оказывают негативное воздействие на здоровье, как в ближайшей перспективе, так и в течение всей жизни. Т.е., принимая во внимание физиологические и психологические особенности подросткового возраста (подростковый конформизм, стремление к подражанию, необъективное отношение к своему здоровью и др.), а так же спектр патологических изменений, вызываемых воздействием никотина, данный период можно охарактеризовать как критический для приобретения первичного опыта табакопотребления и формирования никотинозависимости.

В то же время, использование табачных изделий в этом возрасте, как правило, характеризуется эпизодичностью, бессистемностью, небольшим стажем и интенсивностью, и, зачастую, отсутствием никотинозависимости. В связи с этим, большинство из негативных изменений, обусловленных табакопотреблением, являются обратимыми. Но именно обратимость этих изменений обуславливает особую важность их коррекции на данном этапе, поскольку, усугубляясь под влиянием других негативных факторов (стресс,

Репозиторий ГрГМУ

усиленные учебные нагрузки, неблагоприятная экологическая обстановка и пр.), они могут приводить к развитию более серьезных нарушений и, в конечном итоге, к заболеванию.

Поэтому, в соответствии с рекомендациями программы по снижению табакопотребления ВОЗ, наряду с первичной профилактикой, не менее важной считается вторичная – медикаментозная лечебно-профилактическая коррекция нарушений, обусловленных табакопотреблением.

Необходимость медикаментозной помощи при отказе от употребления табака, например курения, связана с тем, что даже у подростков с небольшим стажем табакопотребления (0,5-2 года) имеют место обусловленные им физиологические нарушения [8, 9]. Кроме того, у части курящих подростков уже имеется сформировавшаяся потребность в помощи для отказа от курения, объясняющаяся низкой эффективностью самостоятельных попыток прекращения курения. Это, в свою очередь, связывается со слабой мотивацией и развивающейся табачной зависимостью [9].

В то же время, большинство лекарственных и профилактических средств, а также методов лечения никотинозависимости ориентированы на взрослый контингент курильщиков, имеющих значительный стаж, интенсивность табакопотребления и, как правило, физическую никотиновую зависимость. В случае подросткового курения метаболические изменения, вызванные воздействием компонентов табака и, в первую очередь, никотина, как правило, не носят характера физической зависимости. Поэтому применение некоторых препаратов (например, антидепрессантов, средств никотин-заместительной терапии) в большинстве случаев является не обоснованным или не желательным. При разработке антиникотиновых средств для молодежного контингента, следует ориентироваться на более «мягкую» коррекцию основных патологических состояний (гипоксия, гипоэргоз, дизэлементозы и др.) без применения препаратов, содержащих никотин либо родственные ему алкалоиды.

Так, на базе Научно-исследовательской лаборатории ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» были разработаны 2 рецептуры безникотиновых жевательных композиций для коррекции ряда нарушений, обусловленных табакопотреблением, и предназначенных лиц молодого возраста. Композиции содержат глицин, 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат, комплекс витаминов, а так же растительных компонентов [10, 11].

В комплексе с мероприятиями по укреплению здоровых привычек среди подростков, осуществление мер, направленных на то, чтобы надежно защитить молодых людей от рисков для здоровья, будет иметь большое значение для предотвращения проблем со здоровьем в течение взрослого периода, а также для будущего медико-санитарного и социального состояния страны [12].

Таким образом, эффективность профилактики (как первичной, так и вторичной), в случае подросткового табакопотреления, во многом зависит от выбора адекватных средств и методов коррекции нарушений, обусловленных

Репозиторий ГомГМУ

табакопотреблением. Кроме того, последовательное и комплексное проведение мероприятий и программ по снижению табакопотребления среди населения в целом (в том числе, ограничения или запрета на употребление отдельных видов табачной продукции), а так же популяризация стереотипа здорового образа жизни, будет способствовать укреплению здоровья в общенациональном масштабе, как в ближайшей, так и в отдаленной перспективе.

Литература

1. ВОЗ: Для сокращения табачной эпидемии необходимы более интенсивные правительственные меры в области налогообложения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/taxing-tobacco-products/ru.
2. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals / Nonserial Publication, World Health Organization, 2016. 129 p. (англ. яз.)
3. ВОЗ: Для сокращения табачной эпидемии необходимы более интенсивные правительственные меры в области налогообложения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/taxing-tobacco-products/ru.
4. Курение – в жесткие рамки… [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.medvestnik.by/ru/society/view/kurenie-v-zhestkie-ramki-14202-2015.
5. Белорусские медики обеспокоены проблемой употребления молодежью некурительного табака и спайса (по материалам пресс-конференции главного нарколога Министерства здравоохранения Ивана Коноразова, 19.11.2013) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://belapan.com/archive/2013/11/19/663255.
6. МВД выступает с инициативой изменения законодательства в сфере регулирования оборота некурительных табачных смесей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pravo.by/main.aspx?guid=164153.
7. Новый этап в борьбе с насваем [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mvd.gov.by/main.aspx?guid=317533.
8. Клинико-функциональные показатели состояния дыхательной системы у активно и пассивно курящих детей и подростков // М.А.Скачкова, О.В.Никитина, А.В.Метелева и др. Оренбургский медицинский вестник, т.1, № 1, 2013. с. 68-71.
9. Шубочкина Е.И. Курение подростков как проблема охраны здоровья / Интернет-конференция Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности, 2007 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ecsocman.hse.ru/text/16206952.
10. Жевательная композиция с антиникотиновым эффектом: пат. 10681 C1 Респ. Беларусь, МПК (2006) A 61K 9/68 A 61P 25/00/ Е.А. Римжа, А.В. Бокач, И.В. Тарасюк ; заявитель ГУО БелМАПО. – № a 20061110 ; заявл. 09.11.06 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2008. – № 3 (62). – С. 59.
11. Антиникотиновая жевательная композиция : пат. 10682 C1 Респ. Беларусь, МПК (2006) A 61K 9/68 A 61P 25/00/ А.В. Бокач, Е.А. Римжа, И.В. Тарасюк ; заявитель ГУО БелМАПО. – № a 20061111 ; заявл. 09.11.06 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2008. – № 3 (62). – С. 60.
12. Подростки: риски для здоровья и их пути решения. Информационный бюллетень ВОЗ, №345. Май 2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru.

Репозиторий ГрГМУ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

С. И. Байгот, Д. Ю. Ракович, А. А. Сытый

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Острые респираторные инфекции являются одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии, важность которой определяется, прежде всего, большой их распространенностью в детском возрасте[1].На долю острых респираторных заболеваний приходится свыше 90% всех регистрируемых инфекционных форм[1].Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей является острый стенозирующий ларинготрахеит. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей – это угрожающее жизни заболевание верхних дыхательных путей, которое может приводить к неблагоприятному исходу [2, 4, 5].В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту данной патологии, а также развитие повторных эпизодов стеноза гортани у значительной части пациентов [2, 3].

Цель исследования – изучить частоту и возрастно-половую структуру острого ларинготрахеита у детей за пять лет (2011-2015 г.г.).

Материалом для исследования явилась отчетно-статистическая документация кабинета медицинской статистикиУЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

Результаты исследования. За период 2011-2015 г.г. в пульмонологическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» был госпитализирован 1931 ребенок с острым ларинготрахеитом (1341 мальчик и 590 девочек). Возраст пациентов составил от 5 месяцев до 8 лет.

Количество пролеченных пациентов с острым ларинготрахеитом в 2011 году составило 306 (13%), в 2012 году – 470 (20%), в 2013 году – 341 (14%), в 2014 году – 423 (17%), в 2015 году – 391 (16%). Процентное соотношение детей с острым ларинготрахеитом от общего количества пациентов, прошедших лечение в пульмонологическом отделении с 2011 года по 2015 год, представлено на рисунке.

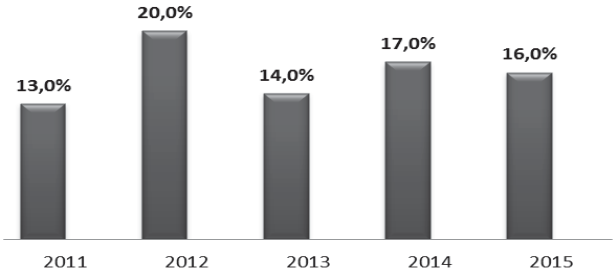


Рисунок 1. – Частота острого стенозирующего ларинготрахеита (%) у детей в 2011-2015 годах

Острый ларинготрахеит у детей, госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «ГОДКБ» в 2012 году, достоверно

Репозиторий ГрГМУ

встречался чаще, чем в 2011 году (p<0,001), 2013 (p<0,001), 2014 (p<0,02) и 2015 годах(p<0,01).

Острый ларинготрахеит у детей раннего возраста может протекать со стенозом гортани и без стеноза. Большая частота стеноза гортани у детей раннего возраста обусловлена анатомо-физиологическими особенностями гортани [2, 3, 4, 5].

Нами проведен анализ частоты стеноза гортани при остром ларинготрахеите у пациентов, поступивших для лечения в стационар в 2011-2015 годах (таблица 1.)

Таблица 1. Частота стеноза гортани при остром ларинготрахеите у детей в 2011-2015 годах

Год	Острый ларинготрахеит				p
	со стенозом		без стеноза		
	количество	%	количество	%	
2011	180	58,8*	126	41,2*	<0,01
2012	301	64,0*	169	36,0	<0,001
2013	245	71,8*	96	28,2*	<0,001
2014	333	78,7	90	21,3	<0,001
2015	262	67,0*	129	33,0	<0,001
Всего	1321	68,7	610	31,3	<0,001

*Примечание: * - достоверность различий показателей по сравнению с 2014 годом, p<0,05-0,001.*

Пациентов со стенозом гортани в целом за пять лет и ежегодно было пролечено в пульмонологическом отделении достоверно больше, чем без стеноза (<0,001). В основном острый стенозирующий ларинотрахеит отмечался у детей первых трех лет жизни(<0,001). В 2014 году количество детей, поступивших со стенозом гортани, превышало их количество в 2011 году (p<0,001), в 2012 году (p<0,001), в 2013 году (p<0,05) и в 2015 году (p<0,01), а так же в 2012 году их было значительно больше, чем в 2011 (p<0,02) и 2013 годах (p<0,05). Пациентов без стеноза гортани в 2014 году значительно было меньше, чем в 2011 (p<0,01) и в 2013 годах (p<0,05).

Согласно литературным данным, острым ларинготрахеитом мальчики болеют чаще девочек [2, 5]. Была изучена структура острого ларинготрахеита в зависимости от пола детей. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2. Структура острого ларинготрахеита в зависимости от пола в 2011-2015 годах

Год	Пол				p
	мальчики		девочки		
	количество	%	количество	%	
2011	218	71,2*	88	28,8	<0,001
2012	301	64,0*	169	36,0*	<0,001
2013	276	81,0	65	19,0	<0,001
2014	280	66,2*	143	33,8*	<0,001
2015	266	68,0*	125	32,0*	<0,001
Всего	1341	69,4	590	30,6	<0,001

*Примечание: * - достоверность различий показателей по сравнению с 2013 годом, p<0,05-0,001.*

Репозиторий ГрГМУ

Острым ларинготрахеитом чаще болеют мальчики, чем девочки, как в целом за пять лет (69,4% от всех пациентов, p<0,001), так и ежегодно (p<0,001). Мальчиков, переболевших острым ларинготрахеитом в 2013 году, было достоверно больше, чем в 2011 году (p<0,001), в 2012 (p<0,001), в 2014 (p<0,001) и 2015 годах (p<0,01). Девочки болели острым ларинготрахеитом в 2013 году достоверно чаще, чем в 2012 году (p<0,02), в 2014 (p<0,05) и в 2015 годах (p<0,05).

Наиболее часто, по литературным данным [2, 3, 4, 5],острый ларинготрахеит возникает у детей второго и третьего года жизни, несколько реже – в грудном возрасте (6–12 месяцев) и на четвертом году жизни. Острый ларинготрахеит редко возникает у детей старше 5 лет и никогда в первые 4 месяца жизни.

Была изучена структура острого ларинготрахеита в зависимости от возраста детей. Все пациенты в зависимости от возраста были разделены на 4 группы. В 1-ю группу были включены дети до 1 года, во 2-ю –от года до 3 лет, в 3-ю – от 3лет до5 лет, в 4-ю группу – дети в возрасте шесть лет и старше. В таблице 3 представлена возрастная структура острого ларинготрахеита у детей.

Таблица 3. Возрастная структура острого ларинготрахеита в 2011-2015 годах

Возрастные группы	Год									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	69	21,5	94	20,0	54	15,8	80	18,9	73	18,7
2-я группа	148	48,5	225	47,9	178	52,2	218	51,6	185	47,4
3-я группа	72	24,6	131	28,0	90	26,3	89	21,1	105	26,9
4-я группа	17	5,4	20	4,1	19	5,7	36	8,4	28	7,0

Примечание: достоверностьразличий показателей в 2011 году – 1-2<0,001, 2-3<0,01, 2-4<0,01; в 2012 год - 1-2<0,001, 2-3<0,001, 2-4<0,01, 3-4<0,05; в 2013 году – 1-2<0,001, 2-3<0,001, 2-4<0,01; в 2014 году – 1-2, 2-3, 2-4<0,001; в 2015 году – 1-2<0,001, 2-3<0,01, 2-4<0,001, 3-4<0,05.

Дети 2-й возрастной группы от года до 3 лет болели острым ларинготрахеитом достоверно чаще, чем пациенты 1-й, 3-й и 4-й возрастных групп ежегодно в 2011-2015 годах. В 2012 и 2015 годах отмечен рост данного заболевания в 3-й возрастной группе по сравнению с пациентами 4-й группы. Не было зарегистрировано ни одного пациента моложе5 месяцев и старше 8 лет.

Выводы. Таким образом, острый ларинготрахеит является достаточно частым заболеванием у детей по отношению ко всем госпитализированным пациентам в пульмонологическое отделение и составляет в среднем около 20% в год. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей раннего возраста встречается в 2 раза чаще, чем данное заболевание без стеноза. Мальчики болеют острым ларинготрахеитом в два раза чаще, чем девочки. Наиболее часто острый ларинготрахеит отмечается у детей в возрасте от года до трех

Репозиторий ГрГМУ

лет жизни, несколько реже – в грудном возрасте (5–12 месяцев) и от 3 до 5 лет, крайне редко – у детей старше шести лет.

Литература

1. Делягин, В.М. Острые респираторные заболевания у детей / В.М. Делягин // Педиатрия. - 2009. - № 1. – С. 38–42.
2. Геппе, Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материалам клинических рекомендаций) / Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова, А.Б. Малахов, И.К. Волков // Русский медицинский журнал. - 2014. -№14. - С. 305-308.
3. Овсянникова, Е.М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е.М. Овсянникова// Педиатрия.– 2007. - №2. - С. 33–36.
4. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. 2008. - Т. 87, №1. - С. 133-138.
5. Суховецкая, В.Ф. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей при ОРВИ различной этиологии / В.Ф Суховецкая [и др.] // Детские инфекции/- 2004. - № 1. - С. 10–15.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

И. Г. Барцевич, А. Н. Мякишев, В. С. Сазаненок

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Примерно у трети больных псориаз впервые проявляется в течение первых двух десятилетий жизни и является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов детского возраста[1]. Хотя псориаз может начаться в любом возрасте, имеются два возрастных пика, когда наиболее вероятен дебют заболевания. К первому относят пациентов с дебютом болезни в подростковом возрасте и у молодых людей (от 16 до 25 лет), а ко второму – у людей немолодого возраста (от 50 до 60 лет) [2].

При определении эффективности деятельности системы здравоохранения и ее отдельных служб, наряду с объективными сведениями, все больше внимания уделяется субъективному мнению пользователей медицинских услуг. Исследования многих авторов подтверждают тезис о высоком уровне ассоциации (до 80%) субъективной оценки и объективного состояния здоровья. Самооценка, характеризуя состояние здоровья, одновременно является чувствительным критерием удовлетворенности медицинскими услугами [3,4,5].

Одновременно следует учитывать, что среди многообразия факторов, формирующих конечный результат, очень важным является исходное состояние пациента к началу контакта с системой здравоохранения. В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение оценки своего здоровья и факторов риска, влияющих на него, пациентами с псориазом.

Материал и методы. Изучению подвергнуты 55 пациентов с псориазом. Опрос проводился среди госпитализированных в дерматологическое отделение пациентов по специально разработанной анкете. Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программы Statistica 6,0.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение. По нашим данным у 89,1% респондентов здоровье не вызывает особых беспокойств. В целом свое здоровье как хорошее оценивает каждый одиннадцатый респондент (9,1%), как удовлетворительное – четыре пятых (80,0%), неудовлетворительное – каждый девятый (10,9%).

Социологический опрос, как среди мужчин, так и женщин о состоянии своего здоровья характеризуется уменьшением числа хороших и увеличением плохих оценок с увеличением возраста. Среди лиц пенсионного возраста лишь 2 человека из каждых 100 опрошенных оценивают свое здоровье как хорошее и в два раза больше (3,6%) пациентов – как плохое.

Как показали результаты исследования, на формирование мнения потребителей медицинских услуг значительное влияние оказывает состояние здоровья опрашиваемых. У тех, кто оценил его как удовлетворительное и неудовлетворительное, основными доводами явилось наличие заболевания кожи (37,2%), другого хронического заболевания (31,9%), чувство постоянного недомогания (26,1%), частые простудные заболевания (3,6%) и другие (1,2%).

Респонденты отдают приоритет такой жизненной ценности как здоровье (71,3%). Последующие позиции занимают материальное благополучие (59,4%), семья (48,7%) и дети (46,1%). Работе отдают предпочтение лишь 21,7% опрошенных.

Вместе с тем, состояние здоровья удовлетворяет только 89,1% опрошенных. Немногим более 2/3 пациентов (69,1%) считают свое состояние здоровья примерно таким же, как здоровье большинства людей своего возраста, каждый шестой (16,4%) – хуже, а каждый 5,5% опрошенных – лучше по сравнению со здоровьем его сверстников, а 9,0% затруднялись ответить.

Длительность заболевания у состоящих на диспансерном учете по поводу псориаза в среднем составила 10,0 [5,0;23,0] лет. Однако, по мнению респондентов, лишь в 27,3% случаев диспансерное наблюдение оказало положительное влияние на течение заболевания.

Из каждых 100 опрошенных 96 указали на присутствие неблагоприятных факторов риска в своей жизни. Среди них в порядке убывания расположились курение (25,9%), тяжелые переживания (20,0%), неудовлетворительные условия труда (17,6%), сердечно-сосудистые заболевания (9,8%), употребление алкоголя (9,0%), избыточный вес (7,1%), несбалансированное и некачественное питание (2,4%), неудовлетворительные жилищные условия (1,2%) и другие (7,0%).

Заслуживает внимания мнение пациентов о роли различных факторов в формировании здоровья. По мнению респондентов, здоровье зависит от самого человека (37,6%), от образа жизни (32,8%), от условий труда (20,8%) и от качества медицинской помощи (8,8%). Чем выше уровень образования, тем большую значимость придают пациенты качеству медицинской помощи.

Контингент страдающих псориазом состоит из пенсионеров и инвалидов (25,5%), студентов – 7,5%, работающих – 67,0%, в том числе

Репозиторий ГрГМУ

занятых преимущественно физическим – 49,1% и преимущественно умственным трудом – 17,9%. Причем характер труда у рабочих тяжелый (24,3%), требует физического и умственного напряжения – у 43,9%, а нетяжелый физический труд – у 31,8% пациентов. Абсолютное большинство респондентов (95,7%) отмечают утомляемость на работе. По мнению пациентов условия труда удовлетворительные лишь у 29,6% опрошенных, а у остальных – в рабочих помещениях имеются вредные запахи и испарения (19,8%), неудовлетворительный температурный режим – 19,7%, запыленность – 17,3%, с электромагнитным излучением – 7,4%, с вибрацией – 1,2% и другие – 5,0%. В целом, режимом труда удовлетворены 2/5 пациентов. Степень участия в общественно полезном труде у мужчин выше (68,4%) по сравнению с женщинами (64,7%), однако статистически значимого различия не установлено, p=0,79.

Таким образом, социологическое исследование позволяет получить сведения об отношении пациентов к своему здоровью, осведомленности о параметрах здорового образа жизни, самооценке своего здоровья. Результаты самооценки здоровья, несмотря на субъективность, являются важным показателем, характеризующим потребность в медицинской помощи и основой планирования медицинских услуг. Ответственность за состояние здоровья респонденты в основном возлагают на себя, понимая при этом, что для поддержания своего здоровья необходимо вести здоровый образ жизни и соблюдать определенные правила.

Литература

1. Абек, Д. Болезни кожи у детей. Диагностика и лечение / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер // М., 2007. – С. 86-93.
2. Федоров, С.М. Псориаз: клинические и терапевтические аспекты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.drmed.ru/p.php/40/ Дата доступа: 16.11.2015.
3. Лукьянов, А.М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии : метод. пособие / А.М. Лукьянов. – Минск: ДокторДизайн, 2011. – 191 с.
4. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life/ S.C. Weiss [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 47. – P. 512–518.
5. Reich, K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management // K. Reich // JEADV. – 2012. – Vol. 2. – P. 3–11.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

И. Г. Барцевич, В. С. Сазаненок, А. Н. Мякишев

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Псориаз редко представляет угрозу для жизни, однако, вне всякого сомнения, становится причиной снижения ее качества [1,2]. Это, в свою очередь, негативно сказывается на социальной адаптации, возможностях выбора работы, карьерного роста. Кроме того, псориаз часто сопровождается стрессом, депрессией, тревогой и приводит к злоупотреблению психоактивными средствами [3,4].

Доказано, что псориаз значимо ухудшает качество жизни пациентов: изменения, связанные с физическими и моральными страданиями больных, сходны с таковыми при других серьезных заболеваниях, таких как

Репозиторий ГрГМУ

злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, атеросклероз, артрит, депрессия. Поражение кожи при псориазе может иметь распространенный характер и приводить к значительному снижению качества жизни [5,6]. Причиной этого могут быть сопутствующие заболевания, такие как диабет 2-го типа, метаболический синдром, злокачественные новообразования, существует также взаимосвязь между псориазом средней и тяжелой степени тяжести и сердечно-сосудистыми заболеваниями [7].

В свете данной проблемы немаловажным остается вопрос изучения качества жизни больных псориазом. Под медицинскими аспектами качества жизни следует понимать влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), ограничение функциональной способности в результате заболевания, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Применительно к больному человеку показатель качества жизни – это субъективное восприятие им степени своей личностной и физической сохранности и полноценности социальных возможностей.

Цель исследования – изучение уровня качества жизни пациентов с псориазом в зависимости от психоэмоционального состояния пациента, его личностных особенностей.

Материалы и методы. В исследование был включен 61 пациент, в том числе 43 мужчины и 18 женщин, находившихся на лечении в дерматологическом отделении, в возрасте от 16 до 73 лет, средний возраст составил 42,6±15,3 лет. Качество жизни исследовали с помощью опросника «Псориатический индекс нарушений», соответственно использована разработанная и адаптированная для дерматологических больных анкета. Оценка уровня жизни оценивалась с помощью Tick-box метода по видам: повседневная деятельность, работа/учеба, межличностные отношения, отдых и лечение.

Полученные результаты. Как показало проведённое исследование, псориаз оказывает существенное влияние на качество жизни больных. Все больные псориазом (n = 61) в той или иной степени оценивали качество жизни как низкое по общим показателям и по отдельным шкалам опросника «Псориатический индекс нарушений», характеризующего различные стороны жизни пациента.

При анализе полученных данных отмечается снижение на 36,3% уровня жизни пациентов с псориазом, в том числе у женщин (40,5%) в 1,2 раза выше, чем у мужчин (34,6%). Ухудшение уровня жизни имеет место по всем видам деятельности. Так, в повседневной деятельности (работа по дому, выбор носимой одежды, проблемы со стиркой одежды, соблюдением личной гигиены, с обращением к парикмахеру) – на 46,7%. При оценке уровня жизни по видам работа/учеба (пропуски, продвижение по работе) – на 36,2%, межличностным отношениям (сексуальные проблемы, отношения с родственниками, друзьями) – на 25,7%; отдых (контакты с окружающими, занятия спортом, пользование общественными банями) – на 27,8% и лечение – на 32,7%. То есть чем тяжелее клинические проявления псориаза (чем более

Репозиторий ГрГМУ

выражены эритема, инфильтрация и шелушение, а также чем больше площадь поражения псориатическими элементами), тем ниже качество жизни. Имеет место снижение в 1,2 раза оценки качества жизни у пациентов с высшим образованием, а также в зависимости от социальной группы: у работающих снижается уровень жизни (на 37,4%), что в 1,4 раза больше, чем у пенсионеров (на 26,1%).

Ключевыми критериями снижения качества жизни при псориазе являются: зуд, смущение и неловкость из-за состояния кожи, влияние дерматоза на выбор одежды, социальную деятельность и досуг, затруднение при занятиях спортом. Кроме того, наличие псориатических высыпаний на коже является проблемой для обучения и общения таких пациентов. Значительные психологические и социальные трудности, обусловленные зудом и шелушением кожи волосистой части головы, оказывают негативное влияние на психику в большей степени, чем при псориазе с поражением туловища и конечностей. При локализации псориатических высыпаний на коже волосистой части головы показатели качества жизни у пациентов снижены наиболее значимо и порой влияют на выбор профессии и социальную активность в целом.

Заключение. Исследование субъективного мнения о снижении уровня жизни является полезным и информативным методом. На качество жизни больных псориазом оказывают влияние, как само кожное заболевание, так и психоэмоциональное состояние пациентов, что необходимо учитывать при выборе метода терапии псориаза. Лечение кожного заболевания – это постоянные материальные затраты, потеря времени и в ряде случаев необходимость пребывания в медицинском учреждении, что оказывает влияние на качество жизни пациентов с псориазом. Полученная информация нацеливает на разработку новых методик по повышению уровня компетенции в вопросах, касающихся профилактики и лечения заболеваний, соблюдению здорового образа жизни, устранению факторов риска заболеваний.

Литература

1. Kimball, A.B. The psychosocial burden of psoriasis / A.B.Kimball, C.Jacobson, S.Weiss et.al. // Am J Clin Dermatol. – 2005. - 6(6). – S. 383-392.
2. Weiss, S.C. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life/ S.C.Weiss, A.B.Kimball, D.J.Liewehr et.al. // J Am Acad Dermatol. – 2002. - 47. – S. 512-518.
3. Akay, A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus / A.Akay, A.Pekcanlar, K.E.Bozdag et.al. //J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2002. – 16. –P.347-352.
4. Davidson, S. Lifestyle of Nordic people with psoriasis /S. Davidson, K.Blomqvist, L.Molin et.al. // In J Dermatol. – 2005. – 44. – P.378-383.
5. Опыт эффективной терапии больных тяжелым псориазом / Н.В. Кунгуров [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 76–83.
6. Gelfand, J.M. The risk of myocardial infarction in patients with psoriasis / J.M.Gelfand, A.L.Neimann, D.B.Shin et.al. // JAMA. – 2006. – 296. – P.1735-1741.
7. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized / E. Hrehorow [et al.] // Acta Derm. Venereol. – 2011. – Vol. 91. – P. 67-72.

Репозиторий ГрГМУ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

А. Н. Биляков

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Вступление. Здоровье населения может быть оценено не только с позиции количества заболеваний, инвалидности и уровня смертности, а также с точки зрения патологии, которая является причиной смертности населения. И для этого наиболее показательным является скоропостижная смерть.

Имея тенденцию к ежегодному росту, скоропостижная смерть является одной из важнейших проблем мировой медицины. Она приводит к значительным экономическим потерям, поражая трудоспособное население. В мире уже длительное время наблюдается рост смертности населения и снижение средней продолжительности жизни. Поэтому во многих странах существуют национальные программы по выявлению основных причин скоропостижной смерти, ее профилактики и предупреждения.

Судебно-медицинская экспертиза принимает активное участие в данной работе, поскольку является важным источником информации о причинах возникновения скоропостижной смерти и влияния фоновых состояний на ее развитие. На основании анализа и систематизации материалов бюро судебно-медицинской экспертизы в случае смертности населения от заболеваний, можно определить как ее структуру, так и выявить патологические состояния, которые ей предшествуют [1]. Это может помочь органам здравоохранения в разработке и внедрении новых направлений профилактической работы, а также оценивать их эффективность.

Основная часть. Анализ судебно-медицинской документации свидетельствует, что скоропостижная смерть чаще всего наблюдается при болезнях системы кровообращения, среди которых основную роль играет хроническая ишемическая болезнь сердца. Это является основной причиной ненасильственно смертности не только в Украине [3].

Однако, возникновению скоропостижной смерти зачастую способствуют факторы риска, которые вызывают и обостряют течение заболеваний, что в конечном итоге приводит к смерти. Как показывает судебно-медицинская практика, алкогольное опьянение является одним из основных и наиболее распространенных факторов риска, который приводит к наступлению смерти. Ведь именно на фоне алкогольного опьянения мы часто фиксируем случаи скоропостижной смерти. Это связано с тем, что алкогольная интоксикация приводит к значительным гормональным изменениям в организме. К патофизиологическим процессам, которые происходят на фоне алкоголемии, относятся непосредственное повреждение кардиомиоцитов, повышение проницаемости сосудов, отек эндотелия и изменение реакции микро-сосудистого русла на обычные гуморальные агенты [2].

Репозиторий ГГМУ

Установлено также значение никотиновой интоксикации, как фактора риска развития заболеваний, которые приводят к смерти. По данным ВОЗ, сегодня курение является одной из причин, которая обусловливает развитие многочисленных опухолей, ишемической болезни сердца, болезней периферических сосудов, органов дыхания. Никотин оказывает непосредственное влияние на ганглии вегетативной нервной системы сердца и сосудов, приводит к ангиоспазму и изменению реологических показателей крови. Поэтому инфаркт миокарда чаще наблюдается у курильщиков. Согласно данных материалов досудебного расследования, скоропостижная смерть достаточно часто возникает во время или после физической нагрузки. Это обусловлено несоответствием физического перенапряжения функциональным возможностям организма человека, что приводит к функциональным и органическим изменениям, особенно в системе кровообращения.

Скоропостижная смерть может наступить и вследствие психоэмоционального напряжения. При этом на человека влияют как негативные, так и позитивные эмоции, длительные стрессовые ситуации, нервное переутомление. Психоэмоциональное напряжение непосредственно действует на состояние системы кровообращения. При этом резко нарушаются адаптационные регуляторные механизмы, прежде всего, со стороны симпатоадреналовой системы. Так, в миокарде умерших от психоэмоциональной перегрузки обнаруживают характерные очаговые изменения адренорецепторов (терминалей), различных отделов вегетативной нервной системы, очаговую симпатэктомию и стрессорные повреждения кардиомиоцитов. Эти изменения приводят к развитию функциональной нестабильности сердца, которая предшествует наступлению смерти.

К негативным факторам, которые также приводят к наступлению скоропостижной смерти, относятся неправильное и чрезмерное питание, малоподвижный образ жизни. Установлено, что скоропостижной смерти может способствовать переполнение желудка на фоне заболеваний сердца. Так, функционально-морфологические изменения стенок желудка, особенно его малой кривизны, вызывают висцеральные рефлексы, которые влияют на тонус сосудов и могут вызвать коронароспазм, нарушения ритма деятельности сердца.

Рассмотренные негативные факторы риска, такие как алкогольная и никотиновая интоксикация, чрезмерное физическое и психоэмоциональное перенапряжение, неправильное и чрезмерное питание, малоподвижный образ жизни, напрямую зависят от человека и могут быть устранены путем соблюдения здорового образа жизни. Выводы. Приведенные результаты мониторинга случаев скопостжной смерти по данным бюро судебно-медицинской экспертизы свидетельствуют, что, несмотря на патогенетические проявления фоновых состояний, предшествующих ее наступлению и их связи с факторами риска, скоропостижная смерть населения является статистическим показателем, который отражает уровень здорового образа жизни.

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1. Гончарова, В. А. Диагностика быстрой смерти / В. А. Гончарова // Актуальные вопросы судебной экспертизы. - Харьков, 1998. - С. 73 - 74.
2. Лиховая, С. Я. Насильственная смерть среди жителей г. Киева, которые погибли в 2010-2012 годах: причины, тенденции, социальное значение / С. Я. Лиховая, А. Н. Биляков, Н.Н. Труш // Байкальский криминологический журнал, №1(23), 2013. – С. 107 - 113.
3. Мальцев, С. В. От медико-демографической констатации к комплексному анализу скоропостижной смерти от сердечнососудистых заболеваний / С. В. Мальцев // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Новосибирск, 1997. - вып.2. - С. 81-82.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Е. А. Болокадзе, Е. Н. Пионова
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

По данным эпидемиологических исследований распространенность обструктивной патологии бронхолегочной системы в мире колеблется в пределах от 10 до 18 %. В течение последних лет в Украине по данным статистики МОЗ Украины этот показатель составляет от 6 % до 15 %. Согласно последним рекомендациям (Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2014), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) трактуется как заболевание, которое можно предотвратить и которое можно лечить, Обострения и коморбидные состояния значительно усугубляют тяжесть заболевания. ХОБЛ – следствие взаимодействия организма с окружающей средой, поэтому до настоящего времени остаются не решенными не только отдельные, но и концептуальные аспекты данной проблемы: окончательно не определены подходы к фенотипированию ХОБЛ, изучению коморбидной патологии в сопоставлении с клиническим фенотипом. Важным направлением профилактики коморбидных состояний является исследование кардиоваскулярного риска, особенно на фоне ожирения.

Цель: Исследование клинических особенностей течения ХОБЛ, изменений показателей внешнего дыхания, ремоделирования сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ожирением.

Материалы и методы: Нами было обследовано 20 больных ХОБЛ (1 группа) и 30 больных с ХОБЛ в сочетании с ожирением (2 группа) в возрасте от 45 до 65 лет. Всем больным проведен сбор амнестических данных, тест с 6-минутной ходьбой, исследованы рентген легких, ФВД, ЭКГ и УЗИ сердца.

Результаты и их обсуждение: Клинико-анамнестически у 88% всех больных наблюдалась одышка, кашель у 74 % больных, с выделением слизисто-гнойной мокроты – 76 % больных. Одышка оценивалась по шкале MRC, средний показатель равнялся 2,6±0,84 и 2,8±0,08 баллов. Средняя продолжительность заболевания практически во всех случаях составляла более 10 лет, однако 64 % больных ХОБЛ с сопутствующим ожирением затруднились указать длительность заболевания более четко. Стаж курения

Репозиторий ГрГМУ

составлял 10-25 пачко/лет. У обследованных пациентов с ХОБЛ в обеих группах наблюдалось преобладание гр. В и гр. С. Это нашло отражение и в частоте обострений ХОБЛ. Обострения наблюдались в этих группах, 4 (43 %) и более 4 раз в год (57 %) соответственно. У 35 % пациентов с ХОБЛ в сочетании с ожирением выявлены дыхательную недостаточность тяжелой степени и у 65 % - средней степени тяжести. Легочная гипертензия выявлена у 40 % больных. Хроническое легочное сердце у 30 % больных. Рентгенограмма органов грудной клетки у больных ХОБЛ с сопутствующим ожирением показала классические признаки эмфиземы легких. ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца (QRS> 90°, увеличение размеров зубца Р во II, III стандартных отведениях более 2 мм, снижение амплитуды зубца Т в стандартных и левых грудных отведениях), были выявлены у 29 % больных с ХОБЛ гр. В, и также у 46 % больных с ХОБЛ гр. С, что отражало транзиторную легочную гипертензию при нарастании бронхиальной обструкции. ЭКГ - признаки гипертрофии ПЖ, характерные для постоянной легочной гипертензии (признак перегрузки или дилатации ПЖ, блокада правой ножки пучка Гиса, появление высокого остроконечного P-pulmonale) встречались у 36-50 % больных с ХОБЛ с ожирением. С помощью спирометрии верифицированы значительные дыхательные нарушения смешанного типа, которые формируются за счет обструктивного механизма и связанные с высоким стоянием диафрагмы, лишним отложением жира на диафрагме и внутренней поверхности стенок грудной клетки, обуславливая ограничение дыхательной экскурсии. Так же, в этой группе обнаружены значимые нарушения бронхиальной проходимости на уровне бронхов всех калибров (ОФВ1 составил 43,16±2,68 % от должных значений, ОФВ1/ФЖЕЛ - 64,45±1,84 % от должного значения).

Анализ показателей функционального состояния миокарда показал, что у больных первой группы выявлено достоверное увеличение конечно - диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) от должных значений на 5,6 % ($p<0,05$), конечно-систолического размера (КСР) ЛЖ на 3,7 % ($p<0,05$), конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ на 9,5 % ($p<0,05$), конечно - систолического объема (КСО) ЛЖ на 4,1% ($p<0,05$), ударного объема (УО) на 9,4 % ($p<0,05$), массы миокарда (ММ) ЛЖ на 7,3 % ($p<0,05$), размера правого желудочка (ПЖ) на 8,2 % ($p<0,05$), левого предсердия (ЛП) на 2,5 % ($p<0,05$), толщины межжелудочковой перегородки в фазу диастолы (ТМЖПд) на 4,4 % ($p<0,05$), толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖд) на 2,7 % ($p<0,05$), показатель фракции выброса (ФВ) снижен.

Анализ показателей функционального состояния миокарда у больных второй группы с абдоминальным ожирением выявлено достоверное увеличение КДР ЛЖ на 6,1 % ($p<0,05$), КСР ЛЖ на 4,2 % ($p<0,05$), КДО ЛЖ на 9,9 % ($p<0,05$), КСО ЛЖ на 4,8 % ($p<0,05$), УО на 11,2 % ($p<0,05$), ММ ЛЖ на 9,1 % ($p<0,05$), размера ПШ на 9,1 % ($p<0,05$), ЛП на 2,9 % ($p<0,05$), ТМШПд на 5,2 % ($p<0,05$), ТЗСЛШд на 3,4 % ($p<0,05$), ФВ ниже на 2,0 % ($p<0,05$) по сравнению с группой больных без абдоминального ожирения. Вероятное увеличение размера ПЖ может указывать на рост нагрузки правых

Репозиторий ГрГМУ

отделов сердца с формированием легочной гипертензии и развитием хронического легочного сердца. Увеличение величины УО имеет компенсаторно-приспособительный характер, который направлен на сохранение насосной функции сердца.

Таким образом, учитывая наличие однотипных жалоб, а именно, одышки, продуктивного кашля, частоту обострений, особенности клинического течения наличие вентиляционных нарушений смешанного типа, которые максимально выражены у больных с ожирением, а особенно с абдоминальным типом, позволяют выделить фенотип ХОБЛ с ожирением. Таким образом, индивидуальный подход к фенотипированию пациентов с ХОБЛ позволит более рационально подойти к терапии подобного контингента.

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Э. А. Вальчук

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Беларусь

Принятая 21-22 октября 2015г. на Европейской министерской конференции ВОЗ в Минске декларация «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье 2020» провозгласила в качестве основного подхода политики здравоохранения - защиту здоровья на протяжении всего жизненного пути. Было отмечено, что ориентация на этот подход будет способствовать улучшению здоровья и благополучия людей и социальной справедливости.

В Минской декларации в качестве приоритетных предложений предусмотрены «меры по усилению потенциала работников здравоохранения и систем здравоохранения для действий в интересах людей и с уважением достоинства каждого человека, с координацией работы с учетом индивидуальных и групповых потребностей, эффективными междисциплинарными подходами и содействием для ведения достойной самостоятельной жизни и для самопомощи».

Эта политика базируется на взглядах и позициях, впервые сформулированных на Алма-Атинской конференции ВОЗ в 1978 году провозгласившей приоритет первичной медико - санитарной помощи, заключающийся в создании новой культуры здравоохранения, выходящей за пределы биомедицинского детерминизма. Система первичной медико-санитарной помощи обеспечивает не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. Значение первичной медико-санитарной помощи для населения определяется высокой доступностью медицинской помощи, возможностью получения квалифицированного обследования и комплексного медицинского обслуживания в течение всей жизни. Основной

Репозиторий ГрГМУ

фигурой реализации принципов первичной медико - санитарной помощи является врач общей практики (семейный врач).

Центр тяжести медицины все больше перемещается из лечебной деятельности к профилактике. В основу политики здравоохранения положен принцип равенства и доступности медицинской помощи. Законодательное определение и реализация прав гражданина на доступную медицинскую помощь является высшей ценностью государства (ст. 45 Конституции Республики Беларусь). В Законе «О здравоохранении» четко определены основные виды медицинской помощи: первичная, специализированная, высокотехнологичная, медико-социальная, паллиативная. Политика государственной системы здравоохранения в Беларуси ориентирована на преимущественное развитие и поддержку амбулаторно-поликлинической помощи, в системе которой начинают и заканчивают лечение более 80 % населения. С 2015г. 40% бюджетных ассигнований направляется на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи и службы скорой и неотложной медицинской помощи.

В государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность», утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь 14.03.2016г. № 200 на 1016-2020гг., в главе IV «Целевые показатели государственной программы» предусмотрено увеличение доли врачей, «работающих по принципу врача общей практики, в общем количестве врачей, работающих в системе оказания первичной помощи» до 100 %. Данная задача полностью согласуется с реализацией принципов Минской декларации в плане «защиты здоровья на протяжении всего жизненного пути».

Становление общей врачебной практики (ОВП) в Беларуси началось с 1992г. Приказом Минздрава была введена в номенклатуру должностей новая специальность – врач общей практики (ВОП). В 1998г. в Белорусском государственном институте усовершенствования врачей был открыт курс «общеврачебная практика», реорганизованный в 1999г. в кафедру. С 2001г. аналогичная подготовка врачей общей практики была организована в Витебском медицинском университете. Первые амбулатории, работавшие по принципу ОВП, были организованы в 1996г. (Крупица, Минская область, Гродно, поселок Южный) и др. В 2005г. функционировали 244 амбулатории ОВП, в том числе в сельской местности – 236 и 80 амбулаторий в составе участковых и больниц сестринского ухода. К 2015г. число амбулаторий ОВП увеличилось до 559, в том числе на селе - до 530, подготовлено специалистов по ОВП 821. В системе первичной медико-санитарной помощи определен норматив обеспеченности ВОП в расчете на врача – 1 300 жителей всех возрастов. Мы трактуем первичную медицинскую помощь и деятельность врача общей практики как способ оказания государством медицинской помощи конкретному человеку на протяжении всей его жизни.

Литература

1. Европейская министерская конференция Всемирной организации здравоохранения. «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье – 2020».

Репозиторий ГрГМУ

2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016г. № 200 «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2016-2020гг.».

К БИОГРАФИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА А. И. МИЦКЕВИЧА (1921-1989)

Ю. К. Васильев, К. К. Васильев
Сумской государственный университет
Одесский национальный медицинский университет, Украина

Александр Иванович Мицкевич был заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Одесского медицинского института (ОМИ; ныне Одесский национальный медицинский университет - ОНМУ) в 1978-1985 гг. Цель данного сообщения осветить основные вехи его жизни и деятельности, а историческими источниками для нас будут архивные материалы, хранящиеся в ОНМУ – студенческое его дело и дело преподавателя.

Он родился 23 января 1921 г. в Челябинске в семье служащего (отец умер в эвакуации в 1943 г.). В том же году семья переехала в Москву, где в 1930 г. Саша Мицкевич поступил в школу. В январе 1937 г. он переехал в Днепропетровск, где жила его мать Александра Михайловна Минервина (1900-1981; в то время уже замужем за заведующим кафедрой микробиологии Днепропетровского медицинского института С.М. Минервиным), и продолжил учебу в средней школе № 79, которую окончил в 1940 г. В его аттестате зрелости 20 оценок: русский язык, русская литература, арифметика, алгебра, геометрия, тригонометрия, природоведение, история, Конституция СССР и УССР, география, физика, химия, геология и минералогия, астрономия, иностранный язык (какой не ясно, а из его личного листка по учету кадров следует, что он владел немецким языком), рисование, черчение, пение, физкультура и военное дело, а от изучения украинского языка и украинской литературы был освобожден надо считать в связи с тем, что поступил на Украине в старшие классы, а значит приступать к изучению украинского языка ему уже было поздно.

В том же – 1940 - году Мицкевич поступил в Днепропетровский медицинский институт, а в августе следующего года, в связи с приближением фронта, институт был эвакуирован в Ставрополь, где он продолжил учебу уже по программе военного времени. В мае 1942 г. А. Мицкевич был призван в Красную Армию, где служил фельдшером и при переаттестации получил звание лейтенанта медицинской службы (1944 г.). С мая 1949 г. по май 1945 г. служил на фронтах: Сталинградском, 3-м Прибалтийском, Ленинградском, 1-ом Украинском. Попал в окружение и был пленен – с сентября 1942 г. по февраль 1943 г., освобожден наступающими нашими войсками. Дважды был ранен – в сентябре 1942 г. и в июне 1944 г. Заграницей его путь военного -

Репозиторий ГрГМУ

Польша, Германия, Чехословакия, Австрия (1944-1946 гг.). Был награжден орденом «Красной Звезды» (1945 г.) и медалью «За победу над Германией». В апреле 1946 г. Мицкевич был демобилизован для продолжение учебы в мединституте и направлен в Одессу, где проживала его мать, так как проф. С.М. Минервин (1888-1971) здесь работал в местном институте эпидемиологии и микробиологии, а в 1947-1970 гг. возглавлял кафедру микробиологии в ОМИ.

На 1946-1949 гг. приходится учеба А.И. Мицкевича на лечебном факультете ОМИ. Получив все зачеты и экзамены за 10 семестров он был допущен к государственным экзаменам, согласно приказу директора института за № 134 от 9 мая 1949 г. 13 мая сдал первый госэкзамен - терапия; затем у него был госэкзамен второй - основы марксизма-ленинизам; третий - хирургия с комплексом военно-полевой хирургии, топографической анатомии с оперативной хирургией и урологией; четвертый - детские болезни с детскими инфекциями; пятый – гигиена с элементами организации здравоохранения; шестой – акушерство и гинекология; и. наконец, седьмой – инфекционные болезни с эпидемиологией (28 июня). По всем дисциплинам получил оценку «отлично», при этом по четырем из них – «с отличием». Заключение государственной экзаменационной комиссии было – «присвоить звание врача и выдать диплом с отличием» (30 июня). А. Мицкевич за время пребывания в ОМИ изучал военные и военно-медицинские дисциплины и сдал экзамен по всем этим дисциплинам на отлично. В аттестационном листе на присвоение воинского звания было записано решение комиссии – отнести к медицинскому составу, целесообразно использовать на должности старшего врача полка и присвоить воинское звание старшего лейтенанта (то есть очередное воинское звание, так как окончил войну со званием лейтенанта медицинской службы).

Сразу после получения диплома работал врачом участковой больницы в селе Липовеньки Голованевского района Кировоградской области, но уже в январе 1950 г. он клинический ординатор кафедры факультетской хирургии ОМИ. С апреля 1952 г. доктор Минервин ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Одесского института усовершенствования врачей. С 1955 г. по 1971 г. работал в ОМИ сначала, один год, на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии, а затем общей хирургии. В 1971 г. был переведен на работу в Одесский областной отдел здравоохранения на должность главного хирурга области. В 1958 г. по защите диссертации стал кандидатам медицинских наук («Хирургическое лечение водянки головного мозга по методу М.П. Соколовского»), в 1973 г. – доктор медицинских наук («Клинико-экспериментальные данные о патогенезе, диагностике и терапии газовой гангрены»).

В должности заведующего кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения ОМИ был избран 19 июня 1978 г. С начала учебного года приступил к чтению курса лекций по социальной гигиене и организации здравоохранения и проведению практических занятий по этой

Репозиторий ГрГМУ

дисциплине. Затем, кроме того, принял на себя чтение лекций и частичное ведение семинарских занятий по истории медицины. Наряду с этим на кафедре ежегодно проводились занятия с аспирантами, клиническими ординаторами, а также велись занятия с курсантами факультета усовершенствования врачей. По приказу министра здравоохранения УССР заведующие кафедрами социальной гигиены и организации здравоохранения являлись научными руководителями «Областных школ руководителей здравоохранения» и одновременно лекторами и преподавателями семинарских занятий, что значительно увеличивало объем учебной нагрузки, который и без того составлял в среднем 820 учебных часов. Из отчета А.И. Мицкевича за пять лет (1978-1983 гг.) видно, что за эти пять лет на кафедре прошли обучение 5 клинических ординаторов и 6 продолжали учебу. Теоретическая и учебно-практическая стажировка позволила всем окончившим клиническую ординатуру получить административно-руководящие должности в здравоохранении области. Сложно складывалась обстановка с преподавательским составом кафедры – три преподавателя вышли на пенсию, два перешли на другую работу. Неукомплектованость кадровым составом, приглашение преподавателей на почасовую работу – все это сказывалось на учебном процессе.

В этот период на кафедре проводилась плановая научная работа - «Изучение в социально-гигиеническом аспекте состояния здоровья плавсостава торгового флота Черноморского морского пароходства по данным заболеваемости и физического развития, и разработка рекомендаций по снижению заболеваемости и оздоровлению условий обитания» (в 1977-1982 гг.). Одновременно на кафедре проводилась НИР по тематике МЗ УССР – «Изучение развития гигиенических наук в Южном регионе УССР за годы Советской власти (1917-1980 гг.). А.И. Мицкевич, являлся научным руководителем этой темы. Кроме того, он занимался в более широком плане программой комплексной работы на тему: «История здравоохранения, медицинского образования и медицинской науки в УССР в 1917-1980 гг.».

К 1983 г. на кафедре велись две темы, в которых А.И. Мицкевич являлся научным руководителем – госбюжетная «Разработать рекомендации на основе изучения состояния здоровья женщин плавсостава Черноморского морского пароходства с целью дальнейшего сохранения и укрепления здоровья тружениц флота» и хоздоговорная тема «Разработать рекомендации на основании изучения состояния здоровья рабочих основных цехов Ильичевского судоремонтного завода и организации медицинской помощи при временной нетрудоспособности». Первая из тем была запланирована на пять лет, а вторая – на два года.

Основная направленность научной тематики была – разработка объективных показателей зависимости состояния здоровья работающих от организации медицинской помощи.

Заведующий кафедрой Мицкевич работал со студентами и во внеучебное время: руководство научным кружком при кафедре, участие в работе студенческих конференций, индивидуальная работа со студентами,

Репозиторий ГрГМУ

контроль за работой кураторов студенческих групп, посещения общежитий, студенческих вечеров.

Помощь и совместная работа с органами здравоохранения заключалась в выездах в районы области, организацией научно-практических конференций, семинарские занятия с сельскими врачами, участие в составлении и анализе годового отчета, участие в работе центральной и областной аттестационных комиссиях, рецензии самоотчетов аттестующих врачей, консультации по их составлению.

В период заведования кафедрой А.И. Мицкевичем было освоено новое помещение кафедры (8-й этаж консультативной поликлиники Областной клинической детской больницы, ул. Акад. Воробьева, 3), где несколько раз проводился косметический и текущий ремонт.

В 1987-1989 гг. А.И. Мицкевич профессор в Одесском педагогическом институте.

Отметим его некоторые публикации: «Особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности при бытовых и производственных травмах рабочих завода "Центролит"» (Областная научно-практическая конференция, посвященная диагностике и лечению острых хирургических заболеваний. – Одесса, 1978; в соавторстве); «Социально-гигиенические и организационно-методические вопросы здравоохранения Одещины» (Вопросы охраны здоровья сельского населения. – Одесса, 1979); «Некоторые особенности сельскохозяйственного травматизма» (там же, в соавторстве); «Перспективы развития сельского здравоохранения в Одесской области» (Совершенствование организации медицинской помощи сельского населению. – Кишинев, 1982; в соавторстве); «Роль социальной гигиены и организации здравоохранения в формировании мировоззрения советского врача» (Научно-методическая конференция ОМИ. – Одесса, 1982); «Некоторые стороны рационализации процесса управления» (Научно-практическая конференция по вопросам повышения эффективности лечения. – Одесса, 1982; в соавторстве).

7 декабря 1989 г. профессор А.И. Мицкевич погиб в автомобильной катастрофе вместе с супругой Магдалиной Даниловной. Похоронены супруги на Втором одесском христианском кладбище (участок № 24).

К БИОГРАФИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ФЕДОРА ФЕДОРОВИЧА БУРЛАКОВА

К. К. Васильев

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Доцент Федор Федорович Бурлаков был организатором, первым и единственным заведующим кафедрой истории медицины в Одесском медицинском институте (ОМИ; ныне Одесский национальный медицинский университет - ОНМУ), которая функционировала в 1949-1962 гг. Цель

Репозиторий ГрГМУ

публикации впервые осветить основные вехи жизни и деятельности историка медицины Ф.Ф. Бурлакова, введя в научный оборот его личное дело из архива ОНМУ.

Он родился 20 сентября (2 октября) 1895 г. в селе Ломовка Николаевского уезда Самарской губернии (ныне в Самарской области). Отец его Ф. Бурлаков (†1931) – русский, из крестьян, но работал продавцом у частных торговцев, а в советскую эпоху - служащий в кооперативных организациях. Мать – также из крестьян, умерла в 1902 г., когда Федору Бурлакову было 7 лет. Первоначальное образование он получил в городском училище, затем учился в духовном училище в г. Николаевске (в 1918 г. переименован в Пугачев) и в 1910-1915 гг. в Самарской духовной семинарии, не закончив которую выбыл после прохождения четырех общеобразовательных классов и в 1915 г. поступил на медицинский факультет Саратовского университета, откуда в 1920 г. по семейным обстоятельствам перевелся в Самарский университет. Медицинский факультет последнего окончил в 1922 г. В годы студенчества занимался репетиторством, был корреспондентом и репортером газеты. Как видно из удостоверения выданного 20 сентября 1919 г. Ф. Бурлакову он, будучи студентом-медиком 4 курса Саратовского университета «был привлечен Пугачевским уездным отделом здравоохранения к отбыванию трудовой повинности, объявленной отделом здравоохранения обязательной для всех медицинских работников гор. Пугачева и его уезда в виду появления эпидемии сыпного тифа и направлен на работу 10 мая сего года в Пугачевскую городскую больницу в качестве фельдшера, а затем 5 мая с.г. был переведен на ту же должность в Хворостянскую советскую больницу, от каковой должности вследствие необходимости продолжения образования в университете освобожден 1-го октября с.г. (sic! – удостоверение выдано 20.09.1919 г.), что подписями и наложением печати удостоверяется». С 26 января по 15 августа 1920 г. будучи студентом 4 курса Саратовского университета Ф. Бурлаков вновь находился на службе Пугачевского здравотдела в качестве фельдшера Пугачевской районной советской больницы.

С октября 1921 г. уже состоя студентом последнего (пятого) курса медфака Самарского университета начал работать в органах советского здравоохранения – был назначен исполняющим обязанности врача-инспектора подотдела охраны здоровья детей и подростков Самарского губернского отдела здравоохранения, а с апреля по май 1922 г. был на должности заместителя заведующего того же подотдела.

В 1923-1938 гг. состоял на службе на различных врачебных должностях в санитарно-врачебном отделе («Дорсанотдел») Самаро-Златоустовской железной дороги (с 1936 г. стала именоваться железной дорогой им. В.В.Куйбышева), с 1927 г. руководя детской амбулаторией. В 1924/25 гг. прошел на годичных курсах в Москве специализацию по психопатологии детского возраста под руководством М.О. Гуревича (1878-1953) и Н.И. Озерецкого (1893-1955), которые стали позднее академиком АМН

Репозиторий ГрГМУ

СССР, и Г.Е. Сухаревой (1891-1981). После этого вел детский психоневрологический прием в названной выше детской амбулатории. В 1932 г. был командирован на 2 месяца для усовершенствования в Москву в Центральную научно-исследовательскую психофизиологическую лабораторию железнодорожного транспорта, а в конце 1936 г. снова был командирован в Москву, на это раз на 3,5 месяцев в Центральный институт усовершенствования врачей, где под руководством заведующей кафедрой детской психиатрии проф. Г.Е. Сухаревой повышал свою квалификацию.

Кроме того, в 1930-1936 гг. занимал последовательно должности ассистента, старшего ассистента и исполняющим обязанности доцента в Куйбышевском педагогическом институте (ныне Самарский социально-педагогический университет) с ведением самостоятельных курсов «Анатомия и физиология человека», «Анатомо-физиологические особенности детского возраста» и «Школьная гигиена».

В 1938 г. перешел на работу в Куйбышевский медицинский институт (КМИ; в 1939-1942 гг. – Куйбышевская военно-медицинская академия; ныне Самарский медицинский университет), где был заместителем директора психиатрической клиники, совмещая работу и в психоневрологическом диспансере сначала в должности заместителя, а затем главного врача диспансера. С организацией Куйбышевской военно-медицинской академии был назначен на должность старшего ординатора психиатрической клиники в июне 1939 г., а после расформировании Академии – назначен в октябре 1942 г. на должность ассистента кафедры психиатрии КМИ. В годы Великой Отечественной войны был консультантом эвакогоспиталей по своей специальности. Был награжден медалями «За победу над Германией» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».

С 15 августа по 30 сентября 1948 г. Ф.Ф. Бурлаков был на курсах усовершенствования по циклу истории медицины в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве, что дало ему право на занятие кафедры истории медицины, которые тогда стали создаваться, в одном из медицинских вузов страны. Во время пребывания на курсах выполнил работу на тему: «Ленин и советское здравоохранение», доложив ее 15 сентября конференции слушателей курсов.

В характеристике выданной ассистенту Бурлакову директором КМИ (12 октября 1948 г.) отмечалось: «Тов. Бурлаков Ф.Ф. морально устойчив, идеологически выдержан, предан делу партии Ленина-Сталина, отличается упорным стремлением систематически работать над повышением своего идейно-политического уровня, овладевать марксистско-ленинской философией. В 1948 г. он с отличием окончил исторический факультет Вечернего университета марксизма-ленинизма.

Питая склонность и интерес к историческим вопросам медицинской науки, т. Бурлаков, согласно выраженному им желанию, был по распоряжению зам. министра здравоохранения т. Шабанова А.Н. направлен на курсы по истории медицины, организованные Министерством

Репозиторий ГрГМУ

здравоохранения СССР для подготовки зав. кафедрами и преподавателей по указанной дисциплине. ‹…›

Дирекция и парторганизация Куйбышевского мединститута считает вполне возможным рекомендовать кандидата медицинских наук Бурлакова Ф.Ф. на должность заведующего кафедрой истории медицины.

Выдана для представления в дирекцию Одесского медицинского института».

13 августа 1949 г. Ф.Ф. Бурлаков возглавил кафедру истории медицины в ОМИ как прошедший по конкурсу и утвержденный Министерством здравоохранения СССР, а 12 ноября этого же года решением Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования СССР был утвержден в ученом звании доцента. В ОМИ заведующий кафедрой Бурлаков одновременно был заместителем декана (в 1950-1956 гг.) и деканом (в 1956-1958) санитарно-гигиенического факультета.

С 1939 г. был членом КПСС. В «Личном листке по учету кадров» (заполнена им 4 марта 1953 г.) в пункте 15 (были ли колебания в проведении линии партии и участвовал ли в оппозициях /каких, когда/) написал - не были, не участвовал; а в пункте 13 (состоял ли в других партиях /каких, где, с какого по какое время/) – не состоял. Проживал в Одессе по адресу: ул. Бебеля, 20, кв. 4. Женат был на Полине Федоровне Бурлаковой (ур. Ведерникова; родилась в 1895 г. в Оренбурге, дочь железнодорожного рабочего) и имел дочь Марию Бурлакову (родилась в 1920 г. в Оренбурге; муж её Г.В. Романов был офицером Советской Армии и членом КПСС), которая работала врачом-педиатром в Куйбышеве (ныне Самара). В связи с 60-летием и 35-летием трудовой деятельности доцента Бурлакова ОМИ ходатайствовал о награждении его значком «Отличник здравоохранения» и он был им награжден приказом министра здравоохранения СССР от 22 июня 1956 г.

В характеристике выданной доценту Бурлакову за подписью директора ОМИ проф. И. Дейнека и секретаря партбюро И. Путникова (12 ноября 1952 г.) отмечено: «Тов. Бурлаков Ф.Ф. энергично принялся за проведение организационных мероприятий по созданию необходимых условий для работы новой кафедры. Благодаря его активности кафедра имеет достаточное помещение, оснащена учебными наглядными пособиями для чтения лекций. Лекции проводятся на хорошем методологическом уровне и привлекают активную посещаемость их студентами. ‹…›

В научно-исследовательской области тов. Бурлаков Ф.Ф. работает успешно. Часто выступает с научными докладами во врачебных научных обществах, на научных сессиях института.

Ф.Ф. Бурлаков активно участвует в общественной жизни института. За короткий срок своего пребывания в институте завоевал авторитет и уважение со стороны профессорско-преподавательского состава и студентов. С 1951 г. по настоящее время является членом партбюро института. Является консультантом для преподавателей, изучающих самостоятельно марксистско-ленинскую теорию.

Репозиторий ГрГМУ

Как член и ученый секретарь Совета института тов. Бурлаков Ф.Ф. принимает деятельное участие в разрешении обсуждаемых в Совете вопросов, выступает с докладами по поручению дирекции и партбюро.

Тов. Бурлаков Ф.Ф. трудолюбив, дисциплинирован, инициативен, требователен к себе и другим, морально устойчив, идеологически выдержан. Много работает над повышением своего идейно-политического уровня, предан делу партии ЛЕНИНА-СТАЛИНА».

Первыми опубликованными научными работами Ф.Ф. Бурлакова были статьи: «Умственное развитие школьников (экспериментально психологической исследование» и «К социально-бытовой характеристике детей», которые увидели свет в самарском сборнике «Детская психология» (1928). В 1936 г. он опубликовал статью «О применении производственной физкультуры» (в соавторстве). Диссертацию на степень кандидата медицинских наук под заголовком «Психические расстройства при сыпном тифе» он защитил в КМИ в 1946 г. Под тем же названием им опубликована статья в сборнике трудов КМИ (1948. – Т. 1). После избрания Ф.Ф. Бурлакова на должность заведующего кафедрой истории медицины начинают появляться его историко-медицинские исследования: «Пятидесятилетие Одесского медицинского института» (Врачебное дело. – 1951. - № 5; в соавторстве); «Н.И. Пирогов в Одессе» (Сборник трудов ОМИ. – 1951); «Франсуа Мажанди» (Фізіологіний журнал. – 1956. - № 2); «Профессор Э.В. Адамюк» (Офтальмологический журнал. – 1957. - № 4); «Материалы к научно-практической и педагогической деятельности проф. М.И. Райского» (Сборник научных статей Одесского отдела Украинского общества судебных медиков. – 1957. – Вып. 5); «Жизненный и творческий путь проф. П.А. Наливкина» (Сборник трудов ОМИ. – 1957. – Вып. 5; в соавторстве); «В.К. Стефанский – выдающийся отечественный микробиолог и клиницист-инфекционист» (Сборник трудов ОМИ. – 1960. – Вып. 13; в соавторстве); «Проф. С.М. Минервин» (там же); «Проф. И.Ф. Пожариский» (Архив патологии. – 1960. - № 1); Е.С. Главче (Українська радянська енциклопедія. – 1960); «Одесский период жизни и деятельности В.В. Подвысоцкого» (Анналы истории медицины. – М., 1963; в соавторствех) и др.

С 20 июля 1962 г. доцент Бурлаков на пенсии, а кафедру истории медицины в ОМИ объединили с кафедрой организации здравоохранения. Дата, место и обстоятельства смерти Федора Федоровича Бурлакова нам пока неизвестны.

Репозиторий ГрГМУ

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА, КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Г. Н. Витовская, Е. И. Рублевская

УО «Мозырский государственный медицинский колледж», Беларусь

Основным фактором эффективной организации отрасли здравоохранения являются кадровые ресурсы. Для более качественного кадрового обеспечения учреждений здравоохранения необходимо учитывать профессиональные личностные качества при назначении на первые рабочие места. Сегодня подготовительный этап становления профессионала имеет особое значение. Современная профессиональная деятельность отличается высокой сложностью и как следствие рынок труда нуждается в высококвалифицированных специалистах. Требования общества заставляют искать новые методы подготовки и использовать индивидуальный подход в подготовке специалиста с устойчивой мотивацией к профессии.

Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека, характеризующейся высоким уровнем нагрузок психологического плана. Согласно опросам, сегодня профессионализм медиков считается сам собой разумеющимся. Доверяя медицинскому работнику, больные ждут от него демонстрации высших моральных качеств: чуткости, исключительной добросовестности, тактичности, честности, терпеливости и внимательности, способности к самоотверженности, и главное - любви к людям и своей работе.

Необходимо отметить, что в любую эпоху отмечалась важность формирования не только профессиональных знаний и умений, но и развития личностных качеств, морально-нравственного развития (Гиппократ, Авиценна, А.Молль, М.Я.Мудров, Т.Персиваль, Г.Цимсен и др.) [1].

Профессиональная подготовка будущего специалиста не сводится к сообщению ему определенной суммы знаний и умений, значимым становится создание условий для максимального раскрытия возможностей каждой личности, ее индивидуального саморазвития и подготовки специалиста широкого профиля, стремящегося целенаправленно, самостоятельно углублять, расширять свои знания через научно практическую деятельность.

В колледже с 2013 года внедрены новые формы обучения по улучшению профессиональной адаптациии развития необходимых личностных качеств. Разнообразные формы проведения занятий (терапевтические беседы, моделирование ситуации, ролевая игра, театральные зарисовки), обязательная отработка коммуникативных навыков при работе с пациентами на практических занятиях, факультативные курсы по коммуникации и профессиональной адаптации, эмпатической культуре учащегося медицинского колледжа, мастер-класс по работе медицинского работника с пациентом конкретного профиля при благоприятном и неблагоприятном прогнозе для жизни, по работе с родственниками пациента. Это позволило создать в медицинском колледже систему управления

Репозиторий ГрГМУ

развитием коммуникативных умений и профессиональной адаптации через направления в работе с учащимися, педагогическим коллективом, психолого-педагогической службой, сотрудниками практического здравоохранения [2].

Согласно классификации профессий Е.А. Климова [3], профессия, связанная с медициной относится к типу «человек – человек». Е.А. Климов указывает основные профессионально-важные качества профессий данного типа: особенности психических процессов, связанные с неструктурированностью деятельности специалистов. Для решения нестандартных ситуаций необходим творческий склад ума, способность моделировать возможные последствия. Высокие требования к коммуникативным и деонтологическим качествам: умение слушать, понимать человека; важны наблюдательность, отзывчивость, доброжелательность; требования к развитию эмпатических способностей и нервно-психической устойчивости, регуляции поведения. В направленности личности должны преобладать гуманизм, долг, альтруизм [3]. Противопоказания к деятельности: дефекты речи, невыразительная речь, замкнутость, погруженность в себя, необщительность, выраженные физические недостатки, нерасторопность, излишняя медлительность, равнодушие к людям, отсутствие признаков бескорыстного интереса к человеку.

Целью нашего исследования было изучение и развитие личностных качеств учащихся колледжа, необходимых для выполнения профессиональной деятельности.

Материал и методы. Качества личности формируются только в результате его деятельности и поведения при выполнении этой деятельности. Для реализации системного подхода при формировании качеств личности (профессиональных и общегражданских), при котором взаимосвязаны деятельность, качества личности медицинского работника и его поведение, были изучены личностные качества 125 учащихся выпускных групп медицинского колледжа по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Медико-диагностическое дело». Группа сравнения 171 учащийся первого курса тех же специальностей.

Использованы эмпирические методы исследования, в частности психодиагностические методы: методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеева, методика исследования коммуникативных и организаторских склонностей (В.В. Синявский, В.А. Федорошин), «Психогеометрический тест» С.Деллингер (адаптация А.А. Алексеева, Л.А. Громовой), тест эмпатийного потенциала личности (И.М. Юсупов), тест К. Леонгарда - Х. Шмишека (диагностика акцентуированныхтипов личности), методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению (К.Томас), многофакторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла; методы количественного и качественного анализа данных (математико-статистические) (по классификации Б.Г. Ананьева).

Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (StatSoft Statistica v6.0 Multilingual, регистрационный № 31415926535897). Сравнение качественных

Репозиторий ГрГМУ

признаков проводили с использованием критерия χ^2; в случаях, когда в одной из ячеек таблицы 2×2 было меньше 5, учитывалась поправка Йетса. При сравнении двух групп, когда учитывалось более двух качественных признаков, использовался критерий χ^2. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p<0,05$. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Анализ исследований показал, что у 25 (14,6%) учащихся первого курса поведение управляется в первую очередь эмоциональным состоянием. У 64 (37,4%) - наблюдается высокий уровень личностной тревожности, что характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. У 13 (7,6%) высокий уровень ситуативной тревожности, что выражается напряжением, беспокойством, нервозностью, вызывает нарушения внимания.

Было установлено, что у большинства респондентов в ходе общения проявляется средний уровень эмпатии (способности к сопереживанию).

У выпускников встречаются акцентуации характера: гипертимность - 36 (28,8%) человек, эмотивность - 36 (28,8%), циклотимность - 30 (24%) – в общении преобладают эмоции; демонстративность - 26 (20,8%), аффективность - 19 (15,2%), педантичность - 23 (18,4%) – поведение, при котором в первую очередь учитывается собственное состояние.

В конфликтной ситуации 43 (34,4%) выпускников выбирают тактику поведения «компромисс», 38 (30,4%) - «приспособление», 19 (15,2%) - «сотрудничество», 15 (12%) «избегание», 10 (8%) - «соревнование».

При оценке уровня стрессоустойчивости учащихся 3 курса выявлено, что абсолютное большинство выпускников имеют удовлетворительный – 73 (58,4%) и хороший - 34 (27,2%) уровень стрессоустойчивости. Неудовлетворительный отмечался у 17 (13,6%) человек, высокий у 1 (0,8%).

Исследование коммуникативных и организаторских склонностей; изучение выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самоценности, самоивязанности, внутренней конфликтности и самообвинения дополнило психологические портреты учащихся 1 и 3 курсов.

Анализ данных показал, что у учащихся 3 курса (41 (32,6%) человек) значимо чаще преобладает очень высокий уровень коммуникативных способностей в сравнении с первокурсниками – 23 (13,5%) человека ($\chi^2=15,95$; $p<0,05$). Они быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе, инициативны, предпочитают в важном деле или в создавшейся сложной ситуации принимать самостоятельные решения, отстаивать своё мнение.

Однако, достаточно большое количество учащихся обоих курсов имеют низкий уровень коммуникативных способностей: 3 курс – 45 (36%), 1 курс – 56 (32,7%) ($\chi^2=0,34$; $p=0,34$).

Шкала "Самоуверенность", которая выявляет самоуважение, отношение к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому и

Репозиторий ГрГМУ

надежному человеку. Анализ результатов показал, что такие характеристики личности как неуважение к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях, с сомнением в своих способностях к концу обучения в колледже сохраняется у 13 (10,4%) человек, что значимо ниже данных, полученных у первокурсников – 38 (22,2%) (χ^2=7,08; p=0,008).

Высокая готовность к изменению "Я" - концепции, открытость новому опыту познания себя, поиски соответствия реального и идеального "Я", желание развивать и совершенствовать собственное "Я" более ярко выражено у 25 (14,6%) первокурсников и лишь у 9 (7,2%) выпускников (χ^2=3,91; p=0,048).

У первокурсников (39 (22,8%) человек) значимо чаще в сравнении с 3 курсом (10 (8%) человек) (χ^2=11,46; p=0,001) отмечается преобладание высоких значений *по шкале "Самообвинение"* (выраженность отрицательных эмоций в адрес своего "Я"). Они отмечают недостатки прежде всего в себе, готовы поставить себе в вину все свои промахи и неудачи. Проблемные ситуации, конфликты в сфере общения актуализируют сложившиеся психологические защиты, среди которых доминируют реакции защиты собственного "Я" в виде порицания, осуждения себя или привлечения смягчающих обстоятельств. Установка на самообвинение сопровождается развитием внутреннего напряжения, ощущением невозможности удовлетворения основных потребностей.

У выпускников (48 (38,4%) человек) значимо чаще отмечается отрицание собственной вины в конфликтных ситуациях в сравнении с первым курсом – 36 (21,1%) (χ^2=10,69; p=0,001). Защита собственного "Я" осуществляется путем обвинения преимущественно других, перенесением ответственности на окружающих за устранение барьеров на пути к достижению цели.

Заключение. В результате развития личностных качеств учащихся на протяжении всего периода обучения 80% выпускников в конфликтной ситуации выбирают тактику поведения «компромисс», «приспособление», «сотрудничество»; 85,6% имеют удовлетворительный и хороший уровень стрессоустойчивости. Данные о профессиональных качествах выпускников направлены в учреждения здравоохранения Гомельской области для более качественного укомплектования кадрами.

Литература

1. Кухарчук, А. М., Человек и его профессия / А.М. Кухарчук, В.В. Лях, А.Б. Широкова. – Минск : Соврем. слово, 2006. – 544 с.
2. 2.Рублевская, Е.И. Роль медицинского колледжа в обеспеченности лечебно-профилактических учреждений средним медицинским персоналом / Е.И. Рублевская, Т.С. Дивакова, Л.Н. Лаптиева // Вестн. ВГМУ. – Витебск, 2016. – Т. 15, № 2. – С. 110–117.
3. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 512 с.

Репозиторий ГГМУ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК, СЕРДЦА)

Е. В. Власова-Розанская

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», п. Городище, Беларусь

При многих смертельных заболеваниях пересадка остается единственным средством спасения человеческой жизни. В мировую медицинскую практику трансплантация внедрилась в 50-е годы прошлого века. В нашей стране начало трансплантологии заложила пересадка почки, выполненная академиком Николаем Савченко в 1970 году на базе 4-й ГКБ города Минска.

Беларусь занимает первое место среди стран СНГ по количеству органных трансплантаций. Трансплантационная активность в стране за прошлый год составила 25,5 операций на один миллион населения. Это более чем в два с половиной раза выше, чем, к примеру, в России, и в целых 12 — чем в Украине. Хотя, если взять США (страна с наивысшим показателем трансплантационной активности), то там на один миллион населения делают 90 операций по пересадке органов в год. Словом, Беларусь держит хороший европейский уровень.

Улучшение состояния пациентов после трансплантации органов, увеличение продолжительности жизни реципиентов, ограничения в возможной трудовой активности, социальная недостаточность определяют необходимость оценки трудоспособности пациентов. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – это область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите. В силу определенных обстоятельств, у значительной части больных хирургическое лечение является фактором дезадаптации, что приводит к тому, что, несмотря на материальные затраты на лечение, большинство пациентов после трансплантации не в состоянии возвратиться к полноценной жизни.Одним из основных понятий МСЭ является инвалидность и ее критерии. Основой для экспертной оценки состояния пациента является оценка последствий заболевания и степени ограничения жизнедеятельности. Для объективизации данных показателей необходимо проведение экспертно-реабилитационной диагностики по соответствующим клиническим, функциональным критериям, подтвержденных объективными методами исследования.

Постоянное совершенствование техники трансплантологических вмешательств, расширение показаний к хирургическому лечению пациентов с терминальными заболеваниями печени, почек, сердца диктуют необходимость разработки новых и усовершенствования традиционных подходов к МСЭ и медицинской реабилитации. Однако, несмотря на

Репозиторий ГрГМУ

актуальность проблемы, реабилитация у пациентов после трансплантации практически не разработана.

Цель исследования: разработка системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов (печени, почек, сердца).

Материалы и методы. Проведено обследование 194 пациентов после пересадки органов, из них 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) - после пересадки печени, 76 (39,2%) – после пересадки сердца. Средний возраст обследованного контингента составил 45,3±4,3 лет.

Клиническое, функциональное, лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранении Республики Беларусь.

Результаты. Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов создается с целью обеспечения оптимальных условий для организации и проведения экспертных мероприятий, направленных на определение групп инвалидности, формирование программ реабилитации, мероприятия по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов с целью восстановления их социального статуса и интеграции реабилитанта в жизнь общества. Она представляет собой совокупность управленческих структур, экспертных, реабилитационных служб и учреждений различной ведомственной принадлежности, которые на основе единых методологических подходов, целей и задач осуществляют комплекс мероприятий по медико-социальной экспертизе, медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Структурные подразделения системы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов в своей деятельности руководствуются Конституцией Республики Беларусь (РБ), законодательством РБ, Указами Президента РБ, Постановлениями Правительства РБ и приказами соответствующих министерств и ведомств, постановлениями и распоряжениями главы исполнительной власти субъектов РБ и органов местного самоуправления.

Система экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов должна включать в себя:

Органы государственного управления (здравоохранения, труда и социальной защиты населения, образования, архитектуры градостроительства, культуры, физической культуры), региональные учреждения службы занятости населения и подведомственные им структуры в городах и районах РБ.

Специализированные реабилитационные учреждения различного профиля:

- реабилитационно-экспертные (учреждения медико-социальной экспертизы);
- реабилитационно-медицинские (отделения, центры медицинской реабилитации пациентов и инвалидов);

Репозиторий ГрГМУ

- реабилитационно-образовательные (центры медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и другие специализированные учебные заведения для инвалидов).

- реабилитационно-производственные (специализированные предприятия инвалидов, участвующие в выполнении программ реабилитации);

- реабилитационно-социальные (спортивные клубы инвалидов, клубы по интересам и пр.).

3. Учреждения социального обслуживания населения, содержащие в своем составе подразделения по реабилитации инвалидов или структуры по работе с инвалидами (кружки самодеятельного творчества в территориальных центрах социального обслуживания населения и пр.).

4. Предприятия реабилитационной индустрии – специализированные производственные предприятия, деятельность которых направлена на разработку, освоение и выпуск технических средств реабилитации инвалидов (средства передвижения, вспомогательные технические средства и т.д.)

Основные направления деятельности региональной службы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после трансплантации органов должны отражать потребности пациентов и инвалидов, выраженные в рекомендациях плана реабилитации или индивидуальных программах реабилитации, и включать:

- проведение медико-социальной экспертизы, определение состояния трудоспособности;

- проведение медицинской реабилитации - физио-, механо-, кинезо-, эрго-, психо-, трудотерапия и т.д.;

- проведение профессиональной реабилитации - профориентации, профессионального обучения и переобучения, рационального трудоустройства и профессионально-производственной адаптации инвалида;

- проведение социально-бытовой реабилитации, включающей социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию инвалидов;

- обеспечение техническими средствами реабилитации (спецавтотранспорт, вспомогательные технические средства и т.д.), обучение пользованию этими средствами;

- создание условий для полноценного отдыха, активных занятий спортом, пользования достижениями отечественной и мировой культуры, реализации творческого потенциала;

- формирование безбарьерной среды жизнедеятельности и обеспечение им беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры.

Достижение положительных результатов в экспертно-реабилитационной помощи пациентам после пересадки органов должно обеспечиваться путем выполнения следующих задач:

•формирования стратегии развития службы медико-социальной экспертизы и реабилитации на территории РБ, взаимного согласования

Репозиторий ГрГМУ

планов перспективного развития экспертно-реабилитационных отраслей и учреждений;

•разработки комплексных программ реабилитации – региональных и местных;

•проведения реабилитационных мероприятий согласно индивидуальным программам реабилитации;

•обеспечения комплексности, последовательности и преемственности экспертных, реабилитационных мероприятий путем координации усилий экспертных, реабилитационных учреждений различной направленности и издания совместных согласованных нормативно-правовых актов;

•внедрения современных экспертных, реабилитационных технологий, выбора и разработки единых методик учета и оценки эффективности реабилитационных мероприятий;

•подготовки специалистов по МСЭ, реабилитации пациентов после трансплантации органов, организация совместного обучения и освоения передового опыта;

•выполнения научно-исследовательских работ по проблемам медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов после пересадки органов и внедрения на территории РБ научно-методических разработок в этой области;

•подготовки согласованных аналитических обзоров по состоянию медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов после пересадки органов, информационных материалов, справок, справочников, методических документов.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования разработаны основные принципы экспертно-реабилитационной помощи пациентам после пересадки органов (печени, почки, сердца).

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. В. Волчек, Л. А. Гриценко, А. А. Анисимова, Д. И. Аверин, М. А. Гайданка

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

В наше время алкоголь является наркотическим веществом наиболее широкого употребления, а также неотъемлемой частью социальной, культурной и экономической жизни. В 2012 году в Украине умерло около 1,3 млн. подростков, в большинстве случаев - от предотвратимых причин [4]. По данным информационного бюллетеня ВООЗ (май 2014 р., №345) пьянство подростков – первоочередная причина травм, насилия и преждевременной смерти среди этой возрастной группы. Украина является абсолютным лидером среди 40 стран Европы по количеству подростков, которые употребляют алкоголь, особенно слабоалкогольные напитки [1, 2, 4]. С 1993 по 2003 гг. количество подростков (15–16 лет), перенесших алкогольный

Репозиторий ГрГМУ

психоз, увеличилось более чем в 3 раза, молодых людей (17–19 лет) – почти в 8 раз. Среди обратившихся за помощью к наркологам в 15–20% случав диагностирован пивной алкоголизм [3]. Наряду с этим, примерно каждая пятая украинская торговая точка продает алкогольные напитки и табачные изделия лицам в возрасте до 18 лет (результаты Всеукраинской информационно-профилактической акции "Ответственность начинается с меня" Министерства молодежи и спорта Украины, 2012-2014 гг.) [4].

Целью нашей работы было комплексное изучение проблемы пивной алкоголизации подростков.

Материалы и методы. Для достижения цели был использован комплекс методов исследования: библиосемантический, исторический, социологический и медико-статистический. Самостоятельно созданы инструменты исследования – 2 анонимные анкеты (в анкете №1 проводился опрос по определению уровня знаний о проблеме пивного алкоголизма, в анкете №2 оценивались масштабы и причины употребления подростками пива), при помощи которых в 2016 году опрошено 138 школьников в возрасте 13-18 лет в средней школе г. Днепропетровска.

Результаты и их обсуждение. Анализ информированности подростков о пивной алкоголизации установил, что преимущественное большинство респондентов осознают, что пиво является вредным напитком (94% опрошенных), что социализация в компании сверстников является ведущим пусковым фактором старта пивной алкоголизации (77%), что возможно неосознанно зависеть от пива (78%), а также о вреде употребления пива как алкогольного напитка несовершеннолетними (73%).

В то же время необходимо отметить существенную недостаточность знания подростков о скорости возникновения пивной зависимости: двое из каждых пяти опрошенных (39%) считают, что алкогольная зависимость формируется после ежедневного употребления пива на протяжении многих лет, еще двое (41%) не знают верно или нет вышеуказанное утверждение. Почти каждый третий опрошенный (30%) считает, что прекратить употреблять пиво можно в любой момент, еще 38% респондентов не знают - легко ли избавится от такой привычки. Тот факт, что почти половина подростов (48%) считает, что пиво при желании можно купить каждому, подтверждает данные о системном нарушении Закона Украины "О государственном регулировании производства и оборота спирта этилового, коньячного и плодового, алкогольных напитков и табачных изделий", который запрещает продажу пива лицам моложе 18-летнего возраста. Каждый второй респондент (49%) не задумывался о возможных последствиях пристрастия к алкогольным напиткам, хотя 15% из этой группы признали, что употребляют их.

Для определения личностного отношения подростков к употреблению пива в обществе мы спросили их мнение о приемлемой частоте употребления алкогольных напитков. Установлено, что каждый четвертый респондент толерантно относится к ежедневному (20%, из которых юноши вдвое чаще девушек, p=0,02) или еженедельному (4%, из них чаще юноши, p=0,01)

Репозиторий ГрГМУ

употреблению алкогольных напитков другими лицами. Однако лишь 8,7% опрошенных не против (только юноши), чтобы их дети были этими лицами.

Анализ степени приобщенности подростков к употреблению пива установил, что семь из десяти опрошенных (74%) пробовали пиво, двое из десяти - в возрасте до 10 лет. Старт алкоголизации юношей происходит достоверно раньше, чем девушек (p=0,03). Каждый четвертый подросток (25%) указал, что периодически употребляет пиво; 7% опрошенных признали, что они это делают чаще, чем 1 раз в неделю. Из тех, кто употребляет алкоголь, 32% признают, что не могут от него отказаться, остальные считают, что могут это сделать, если на это будет весомая причина.

Нами определено, что семья является одним из ключевых факторов, определяющим отношение подростков к алкоголю. Но, к сожалению, этот фактор чаще выступает в роли побуждающего, а не сдерживающего употребление спиртных напитков вследствие убежденности значительной части взрослого населения в безопасности и даже пользе пива для здоровья. Так, по данным исследования 61% респондентов из тех, кто пробивал пиво, предложили это сделать впервые их родители, чаще всего - на праздничном застолье. Половина семей (50%) разрешает детям употреблять легкие спиртные напитки «по праздникам», чем способствует привыканию детей к алкоголю (рис.1).

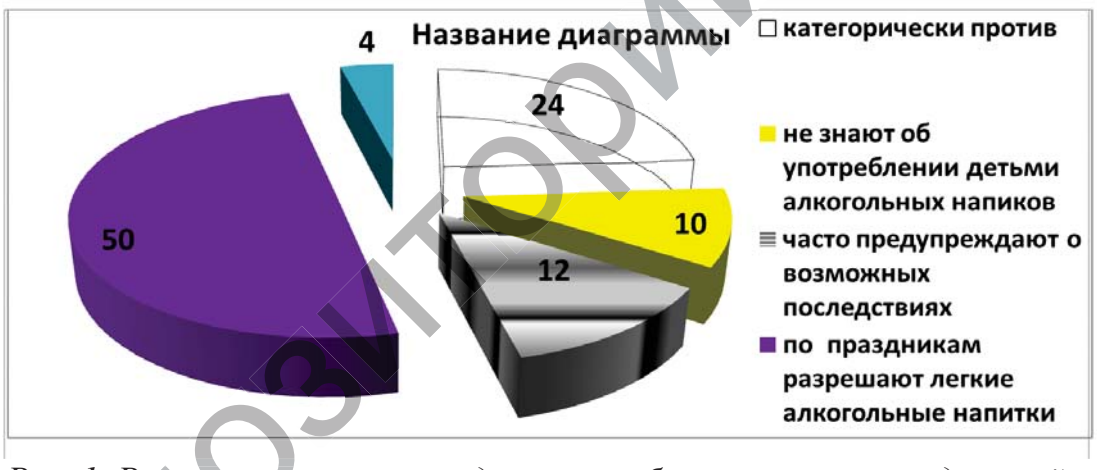


Рис. 1. Результаты опроса подростков об отношении их родителей к употреблению респондентами алкогольных напитков (% всех опрошенных)

Также необходимо отметить, что девушкам родители разрешают легкие алкогольные напитки вдвое чаще, чем юношам (p<0,001), а юношей в 9 раз чаще, чем девушек родители чаще предупреждают о возможных последствиях употребления спиртных напитков (p=0,002). Видимо, это связано с большей боязнью родителей мальчиков следствие высокой распространенности именно мужского алкоголизма. Но при исследовании последствий по причине употребления спиртных напитков девушки достоверно чаще, чем юноши отмечали, что попадали в ситуации объяснения с работниками милиции (5% из всех опрошенных девушек), учителями, социальными педагогами (15%). Преимущественное большинство подростков

Репозиторий ГрГМУ

(82%) отметили, что в их семье употребляют алкогольные напитки, из них почти половина семей (45%) – чаще, чем раз в месяц. При этом каждый второй респондент указал, что его родители толерантно относятся к употреблению детьми легких алкогольных напитков на праздники (50%). Каждый четвертый опрошенный (26%) указал, что среди его близких, родственников есть алкоголик.

Выводы. Проведенное социологическое исследование подчеркнуло остроту проблемы алкоголизации украинского общества в целом и в первую очередь – молодых юношей и девушек. В результате работы выявлены: значительный масштаб употреблении пива в возрастной категории 13-18 лет и неосознанное нездоровое поведение подростков на фоне недостаточности знаний молодежи о проблеме пивного алкоголизма. Определены основные факторы, негативно влияющие на сложившуюся ситуацию, среди которых на микроуровне: толерантное отношение семьи к алкоголизации подростков, культурные традиции общения в компании; на макроуровне: недостаточный контроль выполнения законодательства Украины в части запрета продажи спиртных напитков несовершеннолетним; агрессивная реклама пива, действию которой из всех возрастных групп наиболее подвержены подростки, и отсутствие единой комплексной национальной долгосрочной программы по преодолению сложившейся ситуации и формированию новой культуры здорового образа жизни.

Литература

1. Алехин А.Н. Формирование личности подростка с донозологическими формами алкоголизации / А.Н. Алехин, А.В. Локтева // Ученые записки университета шимени П.Ф. Лесгафта. - 2013. – №11 (95). – С. 7-11.
2. Побережная Н. В. Факторы риска, ведущие к развитию пивного алкоголизма у лиц молодого возраста / Н.В. Побережная // Архів психіатрії. – 2012. - 4 (71). – С. 87-90.
3. Погосов А. В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика : руководство / А. В. Погосов, Е. В. Аносова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред.. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, Я. И. Хильмончик, Д. Ю. Ракович, А. А. Сытый

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно принятой резолюции ООН в 2006 году сахарный диабет (СД) признан реальной мировой угрозой здоровью людей. Эксперты ВОЗ по СД называют заболевание «Неинфекционной чумой XXI века», В декабре 2013 года, в РП (Познань) мы приняли участие в работе Международной конференции «Вызов XXI века: диабетическая стопа, новые возможности эндоваскулярного лечения сосудистых заболеваний». Проблема

Репозиторий ГГМУ

признана одной из драматичных страниц мировой медицины в связи с неуклонно возрастающим количеством пациентов страдающих СД, ранней инвалидизацией и высокой летальностью от поздних осложнений. Однозначно определено, что СД относиться к одной из весьма актуальных медико-социальных и экономических проблем.

При СД поражаются артерии всех органов и систем, с развитием микроангиопатии у 100% и макроангиопатии у 70% пациентов. На фоне диабетического поражения сосудов развивается полинейропатия, остеоартропатия и формируется синдром диабетической стопы (СДС). Анатомо-функциональные изменения сосудов и тканей стопы способствуют развитию язвенно-некротических и инфекционных осложнений, гангрены дистальных ее отделов и более чем у 83% наблюдений приводят к ампутации на уровне бедра или голени с высокой (10-18%) послеоперационной летальностью [3].

Частота развития СДС за последние годы возросла более чем в 5 раз (у каждого 6 пациента СД). Исследовательской группой ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987г.) СДС впервые выделен как самостоятельное заболевание наряду с поражением глаз, почек, нервной и сосудистой систем.

В Беларуси на 1 января 2016 года, состоит на диспансерном учете 287976 пациентов СД, в том числе 1-го типа 17026, гестационным СД – 407, другие специфические типы СД – 1798. В 2015 году впервые выявлен СД у 27084 пациентов, что свидетельствует о значительном росте первичной заболеваемости диабетом. В Гродненской области состоит на учете 31233 пациента СД из них в городе Гродно – 12131.

Ежегодный прирост пациентов СД в Республике Беларусь составляет 10%, т.е. регистрируется более 20000 новых случаев болезни, а если учесть данные ВОЗ, что на каждый выявленный случай СД приходится один не установленный и еще 3% имеют генетическую предрасположенность, становиться очевидной социальная значимость проблемы СДС.

В Республике Беларусь 2,2% населения страдают СД (в 2007 году – 1,5%), в Германии – 10,2%, в Италии – 6,6%, в Нидерландах – 3,7%, больше всего в Австралии, каждый 5 житель страны. Как и в мире, в Беларуси наблюдается ежегодный рост числа пациентов СД с гнойно-некротическими поражениями стопы. На сегодняшний день количество пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СДС составляет 12%, при этом нет тенденции к снижению количества больших ампутаций, что обусловлено трудностью и сложностью лечения этих пациентов, так как гнойно-некротические процессы при СДС, несмотря на прилагаемые усилия эндокринологов и хирургов, прогрессируют и неминуемо ведут к ампутации [2]. Это обусловлено еще и тем, что при СД функциональные и инволюционные процессы старения и изменения гомеостаза, обусловленные инсулиновой недостаточностью, ускоряются в 1,5 раза, процесс разрушения организма выходит за рамки генетически запрограммированного старения. У пациентов СД критическая ишемия нижних конечностей развивается в 5 раз чаще, а риск ампутации конечности в 20-40 раз выше, чем у человека не страдающего СД.

Репозиторий ГрГМУ

Изложенное диктует необходимость поиска, разработки и принятия возможных путей профилактики развития СД, ранней диагностики и своевременного лечения.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов с осложненными формами СДС и оценить причины возрастания количества гнойно-некротических осложнений для оптимизации лечения, снижения инвалидизации и улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. За 2014-2015г.г. в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» во 2-ом хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» находилось на лечении 608 пациентов страдающих СД. У 278(45,7%) из них диагностированы гнойно-некротические осложнения СДС различной глубины поражения тканей стопы. Средний возраст – 68,7±8,9 лет, мужчин – 121(43,5%), женщин – 157(56,5%), продолжительность болезни – 19,3±2,7 лет. Сопутствующие заболевания, значительно отягощающие общее состояние пациентов, обусловленные СД отмечены у всех исследуемых: нефропатия, ретинопатия, ИБС, гипертоническая болезнь, перенесенные инсульты, инфаркт миокарда. Всем пациентам проведено обследование согласно утвержденных протоколов.

Результаты исследования. Проведена интенсивная консервативная комплексная терапия. Хирургические методы лечения включали: некрэктомии, вскрытие гнойных не дренируемых очагов, флегмон стопы, фасциальных пространств. В связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса дистального отдела стопы выполнена ампутация конечности на уровне бедра у 28(10,1%) пациентов, на уровне голени у 5(1,8%), стопы у 11(4,0%), пальцев 44(15,8%), умерло 7(2,5%).

Ретроспективный анализ летальности показал, что основной причиной смерти явились сосудистые осложнения: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и полиорганная недостаточность на фоне интоксикации и метаболических нарушений.

Заключение. Многолетняя практика ведения пациентов с осложненными формами СДС свидетельствует, что основными факторами прогрессирования гнойно-некротических процессов дистальных отделов стопы являются: длительное нестабильное течение СД, не корригируемая гипергликемия, сосудистые осложнения, поздняя диагностика заболевания и несвоевременная госпитализация.

Изложенное является веским аргументом для решения вопросов ранней диагностики СД и увеличения доли плановых госпитализаций, до развития обширных гнойно-некротических процессов в тканях стопы, что позволит значительно улучшить результаты лечения и ощутимо снизить расходы на лечение этой тяжелой категории пациентов.

Дифференцированный подход в лечении осложненных форм СДС позволит снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей, максимально сохранить опорную функцию стопы, что, несомненно улучшит качество жизни этих пациентов. Консервативное лечение осложненных форм

Репозиторий ГрГМУ

СДС с включением хирургических этапных вмешательств, как считают хирурги, требует госпитализации пациентов на сроки не менее чем 30-40 дней [1]. Существующие же требования представленные в медико-экономических стандартах отводят на лечение диабетической гангрены лишь 18 дней, а на лечение сосудистых поражений при СД – 14 дней. Эти цифры значительно ниже международных стандартов по лечению диабетической стопы [2].

Литература

1. Брискин, Б.С. Лечение осложнений "диабетической стопы" / Б.С.Брискин, Е.А.Тартаковский и [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 10. – С.53-56.
2. Гарелик, П.В. Хирургическое лечение осложненных форм диабетической стопы: проблема, требующая междисциплинарного подхода в лечении / П.В.Гарелик, О.И.Дубровщик, И.С.Довнар и [и др.] // Современные медицинские технологии в условиях регионального здравоохранения": сб. ст. Респ. науч.-прокт.конф. – Пинск, 2012. – С. 128-131.
3. Стряпухин, В.В. Хирургическое лечение диабетической стопы / В.В. Стряпухин, А.Н.Лишенко // Хирургия. – 2011.- № 2. – С.73-76.

ВЗГЛЯД УЧАЩИХСЯ 10-Х КЛАССОВ НА ПРОБЛЕМУ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО И СЧАСТЛИВОГО РЕБЁНКА

(По материалам областной олимпиады по здоровому образу жизни)

Н. Т. Гиндюк, Г. С. Стасевич, В. С. Машенская

ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», Брест, Беларусь

Семья, общество, государство состоят из людей. Каким будет каждый конкретный человек, таким и будет наше общество и государство в целом. Нравственность, духовность, мораль, уровень культуры, принципы и взгляды каждого из нас определяют степень культуры общества, его порядочность или аморальность, его нравственность или беспринципность.

Философы считают, что истоки общественного миропорядка следует искать в человеке, что человек сам по себе не плох и не хорош; он всегда открыт для саморазвития. Счастливый здоровый человек несёт в мир гармонию и принцип созидания, а несчастный – скорее склонен к разрушению и хаосу. Какие же условия необходимы для того, чтобы человек мог стать счастливым и здоровым, гармоничным и самодостаточным?

В настоящее время установлено, что клетки обладают генетической памятью, поэтому процесс становления человека начинается уже с момента слияния двух клеток. Всё, что происходит с родителями будущего человека на психологическом и физическом уровнях во время зачатия и вынашивания плода, «запоминается» клетками и оказывает огромное влияние на процесс формирования человека как личности, повышая или понижая вероятность рождения здорового и счастливого ребёнка.

Очень важно, чтобы наша молодёжь, то есть будущие мамы и папы, были осведомлены о факторах, влияющих на процесс формирования личности на всех этапах развития человека (включая внутриутробный период), и осознавали степень личной ответственности за тех детей, которых они когда-нибудь произведут на свет. Учитывая важность и актуальность знаний и установок молодёжи, их представлений о функциях и обязанностях

Репозиторий ГрГМУ

родителей и семьи в целом, в программу областной олимпиады по «здоровому образу жизни» в прошлом году были включены два теоретических вопроса на эту тему:

- условия, необходимые для рождения здорового и счастливого ребёнка;

- пожелания будущим родителям.

Отвечая на первый вопрос, все, то есть 21 человек, отметили важность физического здоровья мамы до беременности и во время вынашивания плода: обращалось особое внимание на отсутствие венерических заболеваний у будущих родителей (5 ответов), на необходимость выполнять физические упражнения и соблюдать двигательную активность (12 ответов), на полноценное питание беременной женщины с достаточным содержанием витаминов, белков, жиров и углеводов (10 ответов).

Только 3 человека обратили внимание на необходимость сохранения беременной женщиной душевного равновесия, на то, что ей следует избегать ссор и скандалов, полезно слушать спокойную, желательно классическую музыку. Только в одном ответе было обращено внимание на духовность родителей как важное условие воспитания детей.

В 15 работах отмечено, что будущие родители (оба или только мама) не должны иметь вредных привычек на момент зачатия (в 2 работах указано, что будущий папа должен бросить курить как минимум за 2 месяца до зачатия ребёнка, а мама не должна курить вообще).

Большинство учащихся (17 человек) указали на то, что ребёнок должен быть желанным (или планируемым). Это условие является очень важным для формирования будущего ребёнка, и поэтому тот факт, что его отметили почти 81,0 % от участников олимпиады, свидетельствует о некоторой степени зрелости нашей молодёжи, что, конечно, радует.

В 4-х ответах дети обратили внимание на то, что возраст мамы должен быть в пределах от 20 до 30 лет, так как, по мнению учащихся, слишком молодая мама не сможет правильно воспитать своего ребёнка, а зачатие в возрасте старше 30 лет грозит нарушением внутриутробного развития плода.

Только 4 человека подчеркнули, что ребёнок должен быть рождён в браке. Однако ещё 11 человек опосредованно назвали это важное условие (брак, семью), пояснив, что для рождения счастливого ребёнка нужна «крепкая» семья и что отношения в семье должны быть «хорошими». Всего 4 человека отметили необходимость заботы мужа о жене во время беременности.

Ещё 16 учащихся считают, что родители должны взять на себя ответственность за воспитание детей и удовлетворение их основных потребностей. Из потребностей названы следующие:

- *материальная стабильность* (9 ответов). Участники олимпиады абсолютно правильно считают, что семья должна быть готова к рождению ребёнка в материальном плане, так как появление нового члена семьи несёт за собой немалые расходы. Этот ответ мы также расцениваем как зрелый взгляд на проблему рождения детей;

Репозиторий ГрГМУ

- *потребность ребёнка в родительской любви* (6 ответов), причём в 3-х ответах был сделан акцент на необходимость любить ещё нерождённого ребёнка, разговаривать с ним;

- к сожалению, только в одном ответе говорится о *потребности ребёнка в дисциплине;*

- нет ни одного ответа, где бы отмечалась потребность детей *в образовании, в развитии, в безопасности, в порядке.*

Анализ ответов учащихся показал, что степень раскрытия этой темы, полнота охвата проблем, касающихся развития ребёнка, зависят от уровня зрелости учащихся, то есть от их мировосприятия, сформированного под влиянием многих факторов: это и определённый запас знаний, полученный на занятиях в рамках школьной программы, это и уровень культуры их собственной семьи, наличие или отсутствие в их жизни тех или иных сложностей в отношениях с родителями, это и результат их собственного, пусть пока небольшого, житейского опыта, а также социальные установки общества и государства в целом.

Как следует нам, взрослым, оценить полученные результаты? Представленный анализ ответов может и порадовать нас, и дать повод для размышлений. Чисто теоретически наша молодёжь, вернее лучшие её представители, принявшие участие в областной олимпиаде по здоровому образу жизни, имеет некоторое представление о тех обязанностях, которые должны возложить на себя будущие родители, решив завести ребёнка. Однако этот вопрос всё-таки нуждается в более пристальном изучении и обсуждении с детьми, с акцентом именно на духовных и психологических моментах. Кроме того, все мы прекрасно понимаем, что между такими двумя понятиями, как «я это знаю» и «я так поступаю», огромное расстояние, которое далеко не всем удаётся преодолеть в течение всей жизни. Поэтому важным является возможность получения детьми знаний по этой проблеме как можно раньше, чтобы полученная информация могла оказать влияние на формирование их взглядов и нравственных принципов. Наша молодёжь в большинстве своём не только готова к такому разговору, она нуждается в этих знаниях.

В ответах на второй вопрос «Пожелания будущим родителям» учащиеся отразили свои собственные жизненные проблемы и своё желание иметь те отношения в семье и отношения родителей к ребёнку, каких на данный момент они, по всей видимости, лишены. И так, основные пожелания учащихся:

- в 8 ответах подчёркивается необходимость *общения* родителей с детьми. Эта форма взаимодействия с детьми настолько естественна, что, казалось бы, зачем об этом говорить, родители и так должны делать это. Но, по-видимому, не все взрослые уделяют своим детям достаточно внимания, раз уж они об этом говорят;

- в 9 ответах указывается на необходимость воспитания у детей чувства *уважения* к себе, к другим людям и родителям;

Репозиторий ГрГМУ

- 3 участника олимпиады считают, что *информацию о вредных привычках*, о *последствиях ранней половой жизни* дети должны получать именно от родителей во время их бесед;

- в 4-х ответах отмечено, что *совместный семейный труд и отдых* способствуют укреплению семейных отношений, улучшению взаимопонимания между детьми и родителями;

- 12 учащихся считают, что родители должны больше интересоваться жизнью детей, оказывать помощь в решении проблем, поддерживать их, если они попали в трудную ситуацию, а не только ругать и наказывать, должны помогать преодолевать комплексы, обращать более пристальное внимание на замкнутых детей, потому что этому (замкнутости) должна быть причина, помочь устранить которую должны именно родители;

- в 7 ответах учащиеся указывают на то, что родители должны прививать детям навыки здорового образа жизни, но для этого родители сами должны вести здоровый образ жизни.

Вот и все ответы. Совершенно очевидно, что многие дети страдают от недостатка родительского внимания и родительской любви, от одиночества и незащищённости. Видно также, что они постоянно и пристально наблюдают за своими родителями, любят их и хотят видеть более хорошими, хотят, чтобы они были «примером для подражания» (1 ответ), вели здоровый образ жизни, любили и заботились о своих детях, своим примером поощряли их стремление к учёбе (2 ответа), научили любить природу (2 ответа), развивали в детях самостоятельность (2 ответа) и независимость (3 ответа).

Выводы: представленный анализ ответов учащихся даёт повод для размышления. Во–первых, необходимо проводить определённую информационную работу с родителями, помогая им правильно воспитывать детей, напоминая каждый раз, что дети - это главное, что есть в их жизни. Кроме того, следует продумать, очевидно, и организацию работы с детьми: в каком объёме, в каком возрасте и в какой форме представлять детям ту информацию, в которой они нуждаются? Может быть, следует пересмотреть учебную программу в школах по курсу «Здоровый образ жизни»?

ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И. С. Глаз

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Областная психоневрологическая больница «Островля» Лидского района»

Актуальность проблемы. Алкогольная зависимость представляет сложную медико-социальную проблему, обусловленную развитием психических и соматоневрологических расстройств у потребителей алкоголя, а также тяжелых медико-социальных последствий, превышающих непосредственный эффект его употребления. Злоупотребление алкоголем вызывает не только болезненное состояние потребителя, но и оказывает

Репозиторий ГрГМУ

негативное влияние на благополучие населения, способствуя увеличению производственного травматизма и уголовных насильственных преступлений. Алкогольная зависимость с частыми рецидивами и хроническим течением трудно поддается коррекции, заставляет пациента употреблять алкоголь под угрозой тяжелых социальных последствий и утраты собственного здоровья [1]. Алкогольная зависимость выступает значимым фактором суицидального риска. Фактор алкоголизации стабильно формирует 8 – 10 % от общей смертности.

Научный подход к разработке государственной политики борьбы с распространением злоупотребления алкоголем невозможен без точного знания характеристик эпидемического процесса [2]. Недооценка масштабов злоупотребления алкоголем приводит к потере контроля над ситуацией и усугублению проблемы, что формирует необходимость проведения постоянного мониторинга распространения алкогольной зависимости с целью разработки и реализации медико-социальных мер воздействия на потребителей алкоголя и способствует изменению качества их жизни и социального функционирования. Базовыми критериями оценки ситуации алкоголизации населения для региона и государства в целом, обладающими наибольшей информационной значимостью и позволяющими судить об остроте проблемы, создаваемой алкогольной зависимостью, является ее распространенность и заболеваемость.

Материал и методы. Объектом исследования явилась распространенность и заболеваемость алкоголизмом населения Гродненской области Республики Беларусь. За единицу наблюдения принят каждый случай синдрома зависимости и злоупотребления алкоголем, в том числе с вредными последствиями за период 2005-2014 годы. В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа впервые зарегистрированных и всех зарегистрированных случаев синдрома зависимости и злоупотребления алкоголем с вредными последствиями. Осуществлен сплошной ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля, состоящих на учете в наркологических кабинетах учреждений здравоохранения Республики Беларусь и Гродненской области с оценкой интенсивных показателей распространенности и заболеваемости алкогольной зависимостью. По анализу динамики эпидемиологических показателей за 2005 - 2014 годы определены тенденции распространения данной патологии.

Эмпирическую базу исследования составили официальные статистические данные о распространённости и заболеваемости алкоголизмом в Республике Беларусь (РБ) и Гродненской области [3]. С целью оценки динамики распространенности и заболеваемости алкоголизмом рассчитаны интенсивные коэффициенты. За исходный уровень 100% приняты значения первичной и общей заболеваемости 2005 года. Анализ динамического ряда представлен следующими коэффициентами: коэффициент наглядности по отношению к предыдущему году; коэффициент

Репозиторий ГрГМУ

наглядности по отношению к 2005 году; абсолютный прирост; темп прироста; 1% прирост.

Результаты и обсуждение. Несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, распространенность алкогольной зависимости среди населения Гродненской области и РБ за последние 10 лет незначительно увеличилась. Динамика распространенности алкогольной зависимости в РБ и Гродненской области за период 2005-2014 гг. представлена на рисунке 1.

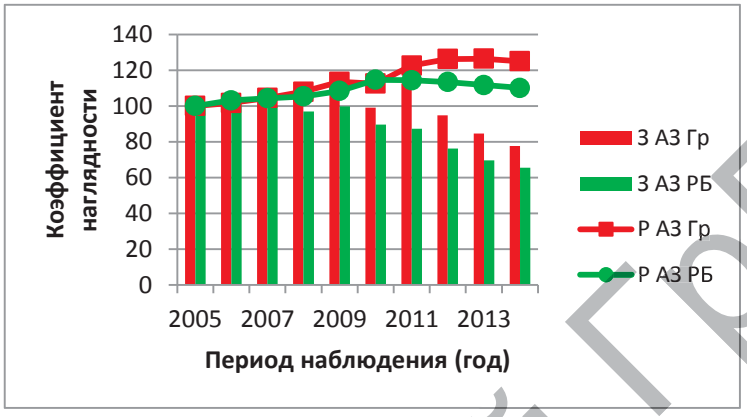


Рисунок 1. Распространенность алкогольной зависимости среди населения Республики Беларусь и Гродненской области в период 2005-2014 гг.

Примечание:
З АЗ Гр – заболеваемость алкогольной зависимостью населения Гродненской области;
З АЗ РБ – заболеваемость алкогольной зависимостью населения Республики Беларусь;
Р АЗ Гр – распространенность алкогольной зависимости среди населения Гродненской области;
Р АЗ РБ – распространенность алкогольной зависимости среди населения Республики Беларусь.

Как видно из рис. 1, распространенность алкогольной зависимости, начиная с 2005 по 2007 гг., а также в 2010 г. среди населения Гродненской области и РБ была одинаковой. Однако, в период с 2008 г. по 2009 г. и с 2011 г. по 2014 г. показатель распространенности алкогольной зависимости среди населения Гродненской области выше среднереспубликанского. На конец 2014 года в наркологических учреждениях Гродненской области на учете с диагнозом синдрома зависимости о т алкоголя состояло 2635,4 человек на 100 тыс. населения, в РБ – 1987,5 человек на 100 тыс. населения. Коэффициент наглядности по отношению к 2005 г. распространенности алкогольной зависимости в 2014 г. при среднереспубликанском +110,1%, в Гродненской области составил +125,0%. Среднее значение 1% прироста случаев распространенности алкогольной зависимости в Гродненской области составило +23,79 при среднереспубликанском показателе +19,54. Следует отметить, что абсолютный прирост (-29,3) и темп прироста (-1,1) распространенности

Репозиторий ГрГМУ

алкогольной зависимости в 2014 г. имели отрицательное значение в Гродненской области и в РБ в период с 2011 по 2014 гг.

В отличие от тенденции в последние 5 лет к увеличению числа лиц, состоящих на учете в наркологических учреждениях РБ и Гродненской области с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя, динамика заболеваемости вследствие злоупотребления алкоголем отличается явным снижением ее значений, особенно в РБ. Так, число взятых в РБ под наблюдение с впервые установленным диагнозом алкогольной зависимости в период с 2005 по 2014 гг. снизилось на 34,5 % и составило в 2014 г. 215,83 на 100 тыс. населения. Начиная с 2010 г. величины абсолютного прироста и темпа прироста заболеваемости алкогольной зависимостью в РБ имеют отрицательное значение. Кривая динамики заболеваемости алкогольной зависимостью в Гродненской области за изучаемый период отличается неравномерностью, скачкообразными подъемами в 2006, 2008, 2009 и 2011 гг. Вместе с тем, уровень заболеваемости алкогольной зависимостью среди населения Гродненской области по сравнению с 2005 г., в 2014 г. снизился на 32,3% и составил 251,38 случаев на 100 тыс. населения. При среднереспубликанском показателе 65,5%, коэффициент наглядности заболеваемости алкогольной зависимостью среди населения Гродненской области в 2014 г. составил 77,7%. Несмотря на выраженную тенденцию к снижению, уровень заболеваемости алкогольной зависимостью среди населения Гродненской области, начиная с 2008 г., выше аналогичного показателя РБ. Таким образом, при незначительно выраженной тенденции к увеличению распространенности алкогольной зависимости среди населения как отдельно взятого региона, так и РБ в целом, за последние 5 лет в РБ наблюдается снижение числа взятых под динамическое наблюдение лиц с впервые установленным диагнозом алкогольной зависимости, что может косвенно указывать на недостаточную активность наркологической службы республики.

Весьма интересным представляется динамическая оценка распространенности среди населения Гродненской области алкогольных психозов за последние 10 лет. Динамика распространенности алкогольных психозов в Гродненской области за период 2005-2014 гг. представлена на рисунке 2.

Репозиторий ГрГМУ

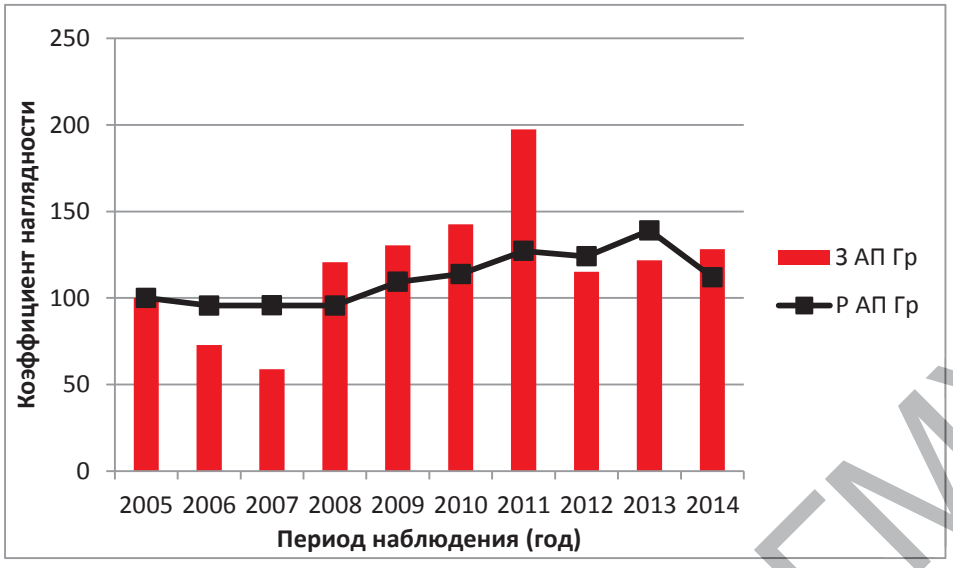


Рисунок 2. Распространенность алкогольных психозов среди населения Гродненской области в период 2005-2014 гг.

Примечание:
З АП Гр – заболеваемость алкогольной зависимостью населения Гродненской области;
Р АП Гр – распространенность алкогольной зависимости среди населения Гродненской области.

Как видно из рис. 2, количество лиц, взятых на учет с впервые установленным диагнозом алкогольного психоза за последние 10 лет в Гродненской области возросло и составило в 2014 г. 13,6 случаев на 100 тыс. населения. Следует отметить, что кривая, отражающая динамику первичной заболеваемости алкогольными психозами населения Гродненской области отличается неравномерностью с максимальным подъемом значений в период с 2008 г. по 2011 г. Коэффициент наглядности лиц, взятых на учет с впервые установленным диагнозом алкогольного психоза по отношению к 2005 г., в 2011 г. составил +197,5 %, в 2014г. +128,3%, темп прироста +38,5% и +5,37% соответственно.

Динамика болезненности алкогольными психозами населения области, начиная с 2008 г. имеет тенденцию к увеличению. Число лиц, состоящих на учете в наркологических учреждениях Гродненской области по поводу алкогольных психозов в 2014 г. составило 60,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2005 г. – 54,4/100 тыс. населения, коэффициент наглядности в 2014 г. / к 2005 г. составил +112%. Минимальный показатель распространенности алкогольных психозов среди населения Гродненской области зарегистрирован в 2006 г. и составил 52,06/100 тыс. населения, максимальный – в 2013 г. (75,7/100 тыс. населения). Если темп прироста числа лиц, взятых на учет с впервые установленным диагнозом алкогольного психоза имеет положительное значение (+5,37 %), то темп прироста болезненности алкогольными психозами характеризуется величиной с отрицательным значением (-19,4%). Таким образом, динамика алкогольных психозов на примере Гродненской области может служить

Репозиторий ГрГМУ

индикаторным показателем актуальности проблемы, обусловленной распространенностью алкогольной зависимости в регионе.

Заключение. Анализ временных рядов показателей наркологической ситуации указывает на существование устойчивых тенденций (трендов) развития рассматриваемых процессов. В процессе анализа показателей динамики выявлены временные интервалы, характеризующиеся диспропорциональностью общих тенденций развития. Представляется целесообразным сравнительный анализ социально-экономических и демографических показателей за изучаемый период с целью выявления причин формирования и распространения зависимости от алкоголя и алкогольных психозов.

В результате проведения статистической обработки полученных данных можно сделать следующие выводы о тенденциях, характерных для наркологической ситуации в Республики Беларусь вследствие злоупотребления спиртными напитками:

1. Уровень распространенности алкогольной зависимости среди населения Республики Беларусь постепенно увеличивается, причём увеличение носит устойчивый характер. Некоторое снижение числа взятых под динамическое наблюдение лиц с впервые установленным диагнозом алкогольной зависимости, наблюдающееся в период с 2009 г. можно объяснить недостатками учёта наркологических заболеваний, чем их отсутствием, что может указывать на недостаточную активность наркологической службы.

2. Распространенность и первичная заболеваемость алкогольными психозами населения Гродненской области, начиная с 2008 г. увеличивается, что служит негативными прогностическими критериями для наркологической ситуации в области и указывает на существование тенденции роста количественных показателей в Гродненской области и республике в целом.

Литература

1. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention (position paper). Geneva, WHO, 2004. – Mode of access : http://whqlibdoc.who.int/unaids/2004/9241591153.pdf. – Date of access : 17.04.2006.
2. Соболев, В. А. Методы статистического наблюдения и использование данных для социологического анализа проблемы // Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. Харьков : Торсинг, 2000. – С. 130-158.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2015. - 282 с.

Репозиторий ГрГМУ

ПРЕПОДАВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Е. В. Головкова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из важнейших государственных задач является охрана и укрепление здоровья населения, его психическое и социальное благополучие. Социально-экономические преобразования, изменение показателей здоровья выдвигают перед здравоохранением новые задачи по профилактике заболеваний, укреплению здоровья населения. Важная роль в их решении отводится дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

Преподавание дисциплины будущим специалистам формирует у них знания о здоровье населения, о способах устранения или снижения степени воздействия факторов риска на течение и исход заболеваний, путях восстановления здоровья и работоспособности. Готовит их к использованию полученных знаний, в организации медицинской помощи населению, к управлению реформированием здравоохранения на теоретическом и практическом уровне.

Как предмет преподавания общественное здоровье и здравоохранение способствует повышению качества подготовки будущих врачей, формирует их мировоззрение.

Преподавание дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» осуществляется на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Общественное здоровье и здравоохранение изучается студентами лечебного, педиатрического, медико-психологического и медико-диагностического факультетов, факультета иностранных учащихся (с русским и английским языком обучения). Занятия проводятся в соответствии с имеющимися учебными планами и программами.

Содержание учебных программ соответствует состоянию и перспективам развития общественного здоровья и здравоохранения на современном этапе. При изложении материала на лекциях и практических занятиях используется демонстрационный материал в виде мультимедийных презентаций и учебных фильмов.

Практические занятия проводятся согласно расписания в соответствии с методическими рекомендациями. На каждом занятии оцениваются устные ответы студентов - опрашивается не менее половины группы. Усвоение учебного материала контролируется писменными контрольными работами. На заключительном занятии по санитарной стастике и экспертизе временной нетрудоспособности студенты сдают практические навыки в виде решения ситуационных задач. Также оценивается самостоятельная работа каждого студента в течение всего цикла. Перед курсовым экзаменом по дициплине проводится компьютерное тестирование.

Текущий и итоговый контроль знаний представлен в виде курсового и государственного экзамена и формируется из трех составляющих:

Репозиторий ГрГМУ

результатов тестирования, устного ответа и практических навыков в виде решения ситуационной задачи.

В соответствии с типовой программой для усвоения материала студенты проходят летнюю производственную практику по дисциплине. Они выполненяют индивидуальные задания, включающие теоретическую и исследовательскую части, с последующей их аттестацией.

По всем темам, излагаемым в лекциях и на практических занятиях, имеются мультимедийные презентации и методические разработки для студентов. В 2013г. коллективом авторов издан первый национальный учебник по общественному здоровью и здравоохранению, в 2014 г. – мультимедийные презентации лекций. Пеподавателями кафедры создано шесть электронных учебно-методических комплекса по общественному здоровью и здравоохранению для студентов всех факультетов, которые прошли государственную регистрацию информационного ресурса и размещены в среде программной платформы Moodle.

На кафедре подготовлены и изданы сборники тестовых заданий для промежуточного и итогового контроля по дисциплине, отражающих факультетскую специфику.

Сохранена система преподавания общественного здоровья и здравоохранения на базе учреждений практического здравоохранения. К преподаванию привлечены руководители организаций здравоохранения, имеющие многолетний опыт работы в здравоохранении.

Научные исследования кафедры посвящены актуальным проблемам здравоохранения. В 2015 г. завешено выполнение кафедральной научно-исследовательской работы. Защищена докторская диссертация.

С 2011 г. на кафедре организовано обучение в магистратуре - вторая ступень высшего образования. Подготовлено четыре магистранта. На 2016/2017 учебный год запланирована новая актуальная тема магистерской дисертации.

В соответствии с междисциплинарной подготовкой клинических ординаторов осуществляется преподавание общественного здоровья и здравоохранения в форме лекционного курса.

В соответствии с содержанием дисциплины общественное здоровье и здравоохранение, отражает влияние на показатели здоровья населения образа жизни, внедрение экономических отношений в здравоохранении, менеджмента и маркетинга в деятельности организаций здравоохранения, контроль качества медицинской помощи населению, вопросы биоэтики, которые имеют важное прикладное значение в деятельности медицинских работников всех специальностей. Исходя из задач дисциплины, имеющих государственное значение, она должна иметь соответствующий статус. Отражением значимости дисциплины является форма аттестации знаний по ней. Следовательно, необходимо сохранить государственные экзамены по общественному здоровью и здравоохранению, как итоговую аттестацию выпускников, что, несомненно, повысит качество их подготовки.

Репозиторий ГрГМУ

АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

М. А. Гончарь, И. С. Дриль

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Питание детей школьного возраста требует особого внимания ввиду того, что на этот период приходятся достаточно интенсивные процессы как физического развития, так и гормонального созревания детей. Кроме того, процесс обучения ребенка требует достаточного уровня напряжения различных систем организма и наличия различных физиологических составляющих для их обеспечения [1, 2].

За последние два десятилетия произошли негативные изменения в пищевом статусе детей, обусловленные экологическими, экономическими и социальными проблемами. Последние, по данным проведенных гигиенических исследований, свидетельствуют о недостаточном (в 2,5 раза меньше) потреблении мяса и мясных продуктов, молока, рыбы, яиц, масла, свежих овощей и фруктов, соков на фоне увеличения потребления круп, макаронных изделий и хлеба. Это непосредственно влияет на обеспеченность детского организма важными питательными веществами особенно когда ребенок имеет то или иное хроническое заболевание, течение которого может только ухудшиться [3, 4, 5].

Вопросы организации режима учебы, физической активности и питания детей является актуальной темой как для родителей, так и врачей, занимая важное место на всех этапах лечения и наблюдения за ребенком с хроническим заболеванием почек (ХЗП). Различные нарушения питания пациента с ХЗП могут быть как причиной возникновения и прогрессирования почечной патологии, так и замедлять темпы выздоровления.

Известно, что правильная организация физического воспитания предусматривает гармоничное единство спортивной активности и соблюдение режима дня, с учетом состояния здоровья, возрастных, половых и индивидуальных особенностей каждого ребенка. Это касается не только практически здоровых детей, а и детей, которые по состоянию здоровья относятся к специальным групп. Физическая активность способствует гармоничному развитию детей и подростков, укреплению их здоровья, является важной составляющей в подготовке к трудовой и социальной деятельности.

Сегодня активно изучается вопрос питания детей при различных патологических состояниях, но сведений о его особенностях у детей с ХЗП без нарушения функции почек в доступной литературе мало [6,7, 8].

Цель работы заключалась в изучении влияния нарушений питания и режима физической активности. на прогрессирование хронического заболевания почек у детей.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 88 детей в возрасте от 6 до 17 лет, средний возраст которых составил 12,8 ± 3,8 лет,

Репозиторий ГрГМУ

среди них девушек 56 (63,6 ± 5,1%) мальчиков 32 (36,3 ± 5,1%). Все дети проходили стационарное обследование или лечение в нефрологическом отделении по поводу хронического заболевания почек (ХЗП). Средняя продолжительность заболевания составила 4,9 ± 3,5 лет. Всем детям проведено полное нефро- урологическое обследование с оценкой функции почек и определения нозологической формы, предшествовавшей возникновению ХЗП.

Согласно установленных диагнозов, дети разделены на 4 группы. К I группе отнесены пациенты с хроническим пиелонефритом (n = 22), ко II - с хроническим гломерулонефритом (n = 13), к III - с дисметаболической нефропатией (n = 25), к IV - с врожденными аномалиями развития органов мочевыделительной системы (n = 28) .

Детям проведено анкетирование с помощью оригинальной анкеты, в которой имелись вопросы по режиму и составу питания, распорядку свободного времени, и соблюдению режима ночного сна. Дети отвечали самостоятельно, вне присутствия родителей. Получены информированные согласия на участие детей в анкетировании со стороны родителей.

Один из вопросов анкеты касался наличия у детей дополнительных к обязательному физическому воспитанию занятий в спортивных секциях. Установлено, что различные спортивные секции, такие как танцы, волейбол, плавание, гимнастика и т.д., или посещение спортивного зала имеет место только у 29 (36,3 ± 5,1%) детей. Дети с различными вариантами ХЗН не имели значительного отличия в частоте занятий спортом. Наименее активными были дети IV гр. с врожденными аномалиями мочеполовой системы.

С учетом раннего пробуждения детей для ежедневного занятия в школе и рекомендованной продолжительности ночного сна от 8 до 9,5 часов, за возможную границу засыпания взято время до и после 22.00 часов. Ответ на вопрос о времени засыпания и пробуждения дали 77 опрошеных. Больше половины детей 59,7±5,6% засыпали до 22.00 часов и имели достаточно продолжительный ночной сон. 40,2±5,6% респондентов указали время засыпания после 22.00 часов, что свидетельствует о недостаточно продолжительном ночном сне, который не позволяет полноценно восстановить силы и выполнять повседневную физическую и умственную деятельность школьника.

Отдельнй вопрос в анкете касался продолжительности пребывания ребенка за компьютером, будь то за счет чтения школьной литературы или участия в компьютерных играх. Установлено, что ежедневная средняя продолжительность пребывания детей за работой на компьютере составила 2,69 ± 1,3 часа, при этом рекомендуемое время за работой на компьютере не более 30-40 минут в сутки с перерывами. Наименьшая продолжительность была у детей I группы до 2,4 ± 1,2 часа, продолжительность работы за компьютером у пациентов III группы составила 2,68 ± 1,1 часа, подобная продолжительность была обнаружена у детей II и IV группы и составляла в среднем 2,8 ± 1,3 часа в сутки ($p>0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

Дополнительно проведен анализ питания пациентов, с изуением режима питания и частоты употребления основных групп продуктов (овощи, фрукты, рыба, кисломолочные и макаронные изделия и другие).

По результатам анкетирования обследованные разделены на 3 категории: I - дети, которые имели отличное питание и сознательно к этому относились, n = 21 (23,8 ± 4,5%); II - дети с удовлетворительным питанием, которые имели нарушения нескольких правил питания, n = 46 (52,2 ± 5,3%); III - дети с недостаточным питанием в связи с полным игнорированием здорового рациона и режима питания n = 21 (23,8 ± 4,5%).

Также проведено изучение пищевых привычек у детей с ХЗП, которые неоднократно проходили стационарное обследование и так же регулярно получали рекомендации врача по правильному и сбалансированному питанию.

Обнаружено, что ежедневный завтрак перед школой имели 63,6 ± 5,1% детей, что свидетельствует о пренебрежении важного энергетического старта перед интенсивным учебным процессом. Помня роль молочных продуктов, особенно в период интенсивного роста и развития ребенка, установлено, что этот вид продуктов ежедневно употребляют наименьший процент от всех опрошенных детей (21,8 ± 4,4%). Кроме того, стакан кефира перед сном присутствовал только у 26,1 ± 4,7% детей, что является недостаточным как и в целом ежедневное употребление молочных продуктов которое имели только 21,5 ± 4,4% обследованных. Поступления витаминов и микроэлементов в большей степени осуществляется за счет применения овощей и фруктов. Результаты исследований показали, что ежедневное употребление овощей характерно для 61,3 ± 5,2% детей, фруктов - только для 44,3 ± 5,3% обследованных. Преимущество в потреблении ржаного хлеба или хлеба с отрубями предоставили только 37,5 ± 5,1% обследованных пациентов. Вместе с тем, 54,1 ± 5,4% опрошенных пациентов предпочли простой, вареной пищи, недостаточно, учитывая регулярное получение информации от врача по лечебному питанию.

Большинство детей с ХЗП имеют нарушения в режиме дня, физическая актиность репондентов была снижена по сравнению со здоровыми сверстниками.

Дети с ХЗП в подавляющем большинстве (76,1 ± 4,5%) имеют особенности режима питания. Отмечается недостаточное употребление в ежедневном рационе молочных продуктов и фруктов. Недопустимым считается отсутствие завтрака у 35,2 ± 5,1% опрошеных. Таким образом, вопросам питания детей с патологией почек целесообразно уделять внимание на всех этапах медицинского наблюдения и лечения; проводить санитарно-просветительную работу с родителями по вопросам применения качественных продуктов питания.

Литература

1. Полька Н.С. Гігієнічна оцінка організації харчування загальноосвітніх закладів у сучасних умовах / Н.В.Полька, М.П.Гуліч, В.М.Махнюк // Довкілля та здоров'я. – 2006 - №3. – С. 62-66.

Репозиторий ГрГМУ

2. Няньковський С.Л. Особливості харчування дітей від 3 до 7 років / С.Л.Няньковський, О.С.Івахненко, М.С.Яцула // Дитячий лікар – 2012 .- №6 (19). – С.5-11.
3. Щуро С.А. Стан фактичного харчування учнів-підлітків загальоосвітніх шкіл м. Дніпропетровська / С.А.Щудро // Медичні перспективи. – 2005. – Т.Х. - №1. – С. 113-117.
4. Шкуро В.В. Особливості хачування дітей молодшого шкільного віку у навчальних закладах різного типу / В.В.Шкуро, А.Н.Парац // Довкілля та здоровя . – 2007. - №4 . – С. 26-31.
5. 5 Няньковський С.Л. Вплив харчування на стан здоров'я дітей раннього віку / С.Л.Няньковский, О.С.Івахненко, Д.О.Добрянський, О.Г.Шадрин // Здоровье ребенка. – 2011. - №8 (35). – с.30-34.
6. Няньковський С.Л. Особливості нутрітивного статусу дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем / С.Л.Няньковський, Ю.В.Пакулова-Троцька, Г.Ф.Козубенко // Здоровье ребенка – 2010. - № 2 (23). - С.48-51.
7. Педан В.Б. Щодо негативних тенденцій дитячого харчування / В.Б. Педан, О.Г. Шадрін, Р.В. Марушко, Т.Л. Марушко // Современная педиатрия 4(26). -2009.- С. 15-18)
8. Москвяк Н.В Гігієнічна оцінка фактичного харчування молодших школярів / Н.В.Москвяк // Гігієа населених місць. 2012. - №59 . – С.230-234.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРО КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М. О. Гончарь, Т. С. Малич, В. Ю. Мужановский
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность: В последние годы в педиатрической практике и практике врачей семейной медицины имеют место пациенты раннего возраста с сочетанием изменений со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Подчас очень сложно бывает разобраться врачу практического здравоохранения с данной проблемой.

Многолетнее наблюдение за детьми раннего возраста, перенесших гипоксически-ишемическую энцефалопатию в периоде новорожденности позволило выработать тактику ведения таких детей. У 26,4% пациентов от 1 до 3 лет жизни, которые перенесли гипоксически-ишемическую энцефалопатию, появлялись различные нарушения физического и нервно-психического развития. Среди них у 20,4% детей отмечались функциональные нарушения ЦНС (повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, задержка темпов моторного, речевого развития, нарушения сна и т.д.), у 5,9% развивалась стойкая неврологическая органическая патология.

Развитие сердечно-сосудистых нарушений у этих пациентов может быть обусловлено повреждением церебральных экстракардиальных механизмов сердечно-сосудистой регуляции при отсутствии другой этиологии поражения сердца и сосудов. Данные сочетания мы рассматриваем в контексте цереброкардиального синдрома(ЦКС).

ЦКС – это сочетанная патология центральной нервной и сердечно-сосудистой системы, развивающаяся в результате различных повреждений церебральных экстракардиальных механизмов сердечно-сосудистой регуляции.ЦКС вызывает следующие патологические состояния: острое

Репозиторий ГГМУ

нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговая травма (ЧМТ), энцефалиты, субарахноидальные и внутричерепные кровоизлияния, инфаркты и опухоли головного мозга, эмболии, тромбозы, аневризмы и мальформации сосудов головного мозга, нейроинфекции, интоксикации, комы различного генеза, нейрохирургические операции,эпилепсия.

Цель исследования: изучение состояния сердечно-сосудистой системы при различных синдромах гипоксически-ишемического поражения ЦНС у детей раннего возраста.

Результаты: нами были проведены клинико-анамнестические сопоставления состояния сердечно-сосудистой системы новорожденных с гипоксически-ишемическими энцефалопатиями у детей раннего возраста. Одной из важнейших проблем перинатальной кардиологии является гипоксическое поражение сердечно-сосудистой системы, которое встречается у 40-70% новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию. Перинатальные повреждения мозга сопровождаются диэнцефальной патологией, которая являлась причиной вегетативной дизрегуляции, что нередко сохранялась не только в периоде новорожденности, но и в течении последующих лет.

Нами были обследованы 120 детей раннего возраста, перенесших в периоде новорожденности гипоксию различной степени тяжести. Обращало на себя внимание неблагоприятное течение беременности у всех женщин. Имели место соматические заболевания матери: сахарный диабет, хронические заболевания легких, гипертензия и гипотензия во время беременности, анемия беременных. У 20% женщин нами были выявлены профессиональные вредности, у 27% - вредные привычки, 12% женщин во время беременности перенесли острые вирусные инфекции. Гестозы различной степени имели место у 32% женщин, токсикозы 1-й и 2-й половины беременности у 15%, нефропатия у 26% беременных. При изучении течения родового акта обращала на себя внимание слабость родовой деятельности у 25% родильниц, операция кесарево сечение была проведена у 32% беременных. В состоянии асфиксии тяжелой степени родилось 35% детей, остальные новорожденные имели асфиксию умеренной степени тяжести.

У детей раннего возраста, перенесших различную степень гипоксиии имеющие проявления гипоксически-ишемической энцефалопатии четко прослеживались клинико-инструментальные параллели с различными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Наблюдение в течении длительного времени за данным контингентом больных позволило сопоставить различные неврологические синдромы острого периода гипоксически-ишемической энцефалопатии с сердечно-сосудистыми нарушениями.

У детей, имеющих синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, чаще наблюдалась тахиаритмия, расщепление II тона, длительная «мраморность» кожных покровов, акрогидроз, беспокойство, тремор верхних, нижних конечностей и подбородка, нарушение формулы сна.

Репозиторий ГрГМУ

При гипертензионно-гидроцефальном синдроме чаще наблюдались дыхательная аритмия, периоральный цианоз, различной степени тонусные нарушения, тахикардия, расщепление тонов сердца.

Синдром угнетения центральной нервной системы чаще сопровождался диспепсическими расстройствами, бульбарными нарушениями, общей вялостью, гипотонией мышц, снижением физиологических рефлексов, задержкой в прибавки массы тела в сочетании с брадиаритмиями, глухостью сердечных тонов.

Изменения на ЭКГ при перинатальной патологии мозга были неспецифичны и отражали изменения нейрогуморальной регуляции работы сердца в виде дисбаланса симпатической иннервации и усиление ваготропных влияний, что подтверждалось частым обнаружением синдрома транзиторного удлинения интервала QT(до 40%), синдрома ранней реполяризации желудочков (до 10%), синдрома снижения функции автоматизма синусового узла (до 20%). Выраженность выявленных изменений коррелировала с тяжестью структурных повреждений головного мозга.

Для ЦКС были выявлены наиболее характерные изменения конечной части желудочкового комплекса, в частности, выраженное увеличение продолжительности и амплитуды зубца Т, его уширение («безразмерный», «сумасшедший» зубец Т), инверсия, увеличение зубца U, слияние зубцов Т и U(«Т+U»). Отмечались удлинение интервала QT и QTU. Подъём или депрессия сегмента ST, создавали картину «псевдоинфарктной» кривой. Стоит отметить что похожие изменения ЭКГ встречаются при Wellens syndrome, однако в отличии от Wellens syndrome, зубцы Т при ЦКС несимметричные, высокоамплитудные, широкие и «слишком велики для инфаркта миокарда».

Нередко у данного контингента детей выявлялись нарушения ритма сердца. Наиболее часто встречались: синусовая брадикардия, реже тахикардия, желудочковая или предсердная экстрасистолия, мерцательная аритмия, медленный атриовентрикулярный ритм. Иногда наблюдались нарушение внутрижелудочковой проводимости в виде преходящих блокад одной из ножек пучка Гиса.

Наблюдение за данным контингентом детей в динамике позволило выявить поспенную нормализацию данных изменений на ЭКГ после проведенного адекватного лечения основного заболевания. Для ЦКС была обнаружена быстрая обратная динамика изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, не отражающая направленности церебрального процесса.

Заключение: Таким образом, ЦКС у детей раннего возраста является следствием поражения центрально нервной системы в результате гипоксически- ишемической энцефалопатии.

Клинические синдромы гипоксически-ишемической энцефалопатии тесно связаны с длительностью и тяжестью гипоксического фактора.

Репозиторий ГрГМУ

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы являются не специфичными и определяют тяжесть течения основного заболевания.

Результаты дополнительных методов исследования являются основой для диагностики и успешной коррекции выявленных изменений, как со стороны центральной нервной, так и сердечно-сосудистой систем.

Полученные результаты позволяют проводить соответствующие реабилитационные мероприятия при диспансерном наблюдении детей раннего возраста, перенесших различную степень гипоксии в периоде новорожденности и имеющие различные особенности психофизического развития.

ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЗІ ШКОЛЯРАМИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ

О. Горай

Житомирський інститут медсестринства, Украина

Реформування освіти в Україні є частиною процесу оновлення освітніх систем, що відбуваються останні двадцять років у європейських країнах і пов'язані з проблемою професійної підготовки компетентних фахівців, які здатні орієнтуватися у постійних змінах ринку, займаються особистим і професійним саморозвитком.

Важливим аспектом у вирішенні цієї проблеми є вивчення і впровадження прогресивного досвіду європейських держав з корекцією відповідно особливостей національної системи освіти і виховання.

Питання значного покращення здоров’я школярів є досить важливим і актуальним на сьогодні. Одним із напрямків на шляху до його розв’язання є залучення медичних працівників до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами.

В Україні впроваджується реформа медсестринської освіти і відповідно до неї в процес підготовки медичних сестер закладено елементи нових функцій і понять про їх роль у галузі охорони здоров’я українського народу. Не дивлячись на найкращі наукові досягнення, повсякденне життя, практика висуває на передній план значення людської особистості, психології, знання принципів педагогіки.

Однак, вивчаючи систему освіти в напрямку формування готовності медичних сестер (фельдшерів) до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами, зазначаємо, що існують певні проблеми, які визначаються відсутністю єдиної системи фахової підготовки студентів до цього напрямку професійної діяльності. На сьогодні підготовка студентів у даному напрямку забезпечується традиційними методами, без урахування новітніх процесів і технологій.

Репозиторий ГрГМУ

Результати вивчення проблеми санітарно-гігієнічного виховання у професійній діяльності медичної сестри (фельдшерів) свідчить про наявність протиріч між швидкими темпами накопичення науково-педагогічних знань та можливостями їх засвоєння майбутніми працівниками охорони здоров'я у їхній просвітницькій діяльності, цілісністю конкретних завдань у формуванні особистості працівника охорони здоров'я і фрагментарністю професійної підготовки в медичному навчальному закладі I-III рівні акредитації.

Сучасна концепція системи охорони здоров'я учнів у Польщі походить від філософії здоров'я та його пропагування, рекомендованої Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, де предметом зацікавлення шкільної служби здоров'я є усі учні (не тільки ті, що мають проблеми зі здоров'ям або розвитком), а також працівники школи. Школа є середовищем, яке підтримує і покращує здоров'я, його пропагуванням і активним підключенням до цього процесу самого учня та його батьків. Все це задля того, щоб як казав видатний польський гігієніст, керівник кафедри шкільної гігієни Марчін Кацпшак (1888-1968), «учень мав вийти зі школи здоровіший, ніж прийшов до неї». Завдяки піклуванням М. Кацпшака у 1961 році виокремилася спеціалізація зі шкільної гігієни, котра була перейменована на шкільну медицину.

Правила виконання санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи з дітьми та молоддю у шкільному віці змінювалися багато разів протягом років. Було це результатом перетворень у підході керівників до справ, які були пов'язані зі здоров'ям, змінами, які відбувалися у Польщі в останні часи. Тому змінився стиль життя дітей і їх родин і виникли інші, ніж колись оздоровчі і суспільні проблеми.

Введення нового закону 6 лютого 1997 року «Про загальне страхування здоров'я», спричинило анулювання розпорядження 1992 року, які визначали дотеперішні принципи роботи по санітарно гігієнічному вихованні та профілактичній роботі зі школярами.

Сучасна організація піклування про здоров'я школярів у місці навчання і виховання виникає з закону прийнятого 23 січня 2003 р. «Про загальне страхування здоров'я у Національному Фонді Здоров'я».

Профілактична робота та санітарно-гігієнічне виховання зі школярами є одним з найважніших елементів оздоровчої політики Польщі. Вони є частиною цілої системи профілактичної охорони здоров'я дітей і молоді у Польщі, яка входить в склад основної охорони здоров'я.

Метою профілактичної роботи та санітарно-гігієнічного виховання зі школярами в Польщі є:

підтримка розвитку та освіти дітей і молоді у шкільному віці,

взаємодія всіх сфер на користь здоров'я учнів.

Профілактична робота та санітарно-гігієнічне виховання зі школярами, які навчаються у всіх типах шкіл, спеціальні школи, включно. Ця робота реалізовується при підтримці і співпраці медичних сестер, дирекцією школи, вчителями і іншими працівниками школи, а також учнями і їх батьками.

Репозиторій ГДПМУ

Ми одностайно підтримуємо думку Б.Бровської.[7, с. 185], яка виділяє санітарно-гігієнічне виховання та профілактичну роботу зі школярами як систему до якої входять:

- профілактична робота, що виконується медичними сестрами,
- нагляд за реалізацією профілактичної роботи зі школярами,
- навчання і вдосконалення працівників у галузі виконання профілактичної роботи зі школярами,
- контроль стану здоров'я школярів [7, с. 181].

Згідно з законодавством контроль за шкільною медициною виконують на даний час у Польщі різні інституції і організації, в залежності від функцій, які виконують у системі охорони здоров'я. На даний час не існує одна система, яка могла б займатися профілактичною роботою зі школярами. Постійно тривають дослідження над створенням цілісної системи та вдосконаленням санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи.

Ми розділяємо думку польських вчених, що саме санітарно-гігієнічне виховання та профілактична робота зі школярами буде сприяти покращенню здоров'я населення в майбутньому.

У Польщі виділяють такі інституції і організації, що контролюють санітарно-гігієнічне виховання та профілактичну роботу зі школярами:

Міністерство Здоров'я, Міністерство Національної Освіти і Міністерство спорту і туризму при підтримці національних консультантів в окремих медичних галузях (зокрема педіатрії, педіатричному медсестринстві, сімейній медицині, медицині праці і дитячої стоматології) і Інститут матері і дитини.

1. Страхові компанії (нагляд над якістю послуг).
2. Державна Санітарна Інспекція наглядає за умовами процесів гігієни: навчанням, вихованням, відпочинку, санітарно-епідеміологічними умовами (персоналу і приміщень); проводить роботу в галузі запобігання і боротьби з інфекційними хворобами, реалізує освітньо-оздоровчу діяльність.
3. Воєвода виконує правовий і організаційний нагляд через Воєвудскі Центри Публічного Здоров'я.
4. Самоврядування територіальні представляють інтереси мешканців даного адміністративного регіону, створюють заклади охорони здоров'я в залежності від потреб населення і їх нагляд.
5. Професійні асоціації медичних сестер і лікарів виконують контроль за виконанням індивідуальних медсестринських і лікарських практик [7, с. 175].

З огляду на досвід організації санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами метою нашого дослідження було визначити ефективні шляхи вирішення фахової підготовки медичних сестер до цього виду діяльності.

На основі огляду теоретичних засад підготовки майбутніх медичних сестер (фельдшерів) до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами, що ґрунтуються на основних положеннях

Репозиторій ГрГМУ

гуманістичного, системного, діяльнісного підходів, санітарно-гігієнічне виховання та профілактичну роботу зі школярами ми розглядаємо як *педагогічну систему,* яка включає комплексну просвітницьку, навчальну та виховну діяльність, спрямовану на підвищення інформованості в питаннях здоров'я та його охорони, на формування загальної гігієнічної культури, закріплення гігієнічних навичок, створення мотивації для ведення здорового способу життя як окремих людей, так і суспільства в цілому. Гігієнічне виховання – одна з найважливіших ланок виховання, яка передбачає систематичний цілеспрямований вплив на формування особистості школярів.

Результати теоретичного узагальнення проблеми підготовки медичних сестер (фельдшерів) до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами, опитування викладачів, практикуючих медичних сестер, керівників навчальних закладів та проведення факторного аналізу показали, що ефективність реалізації моделі готовності майбутніх медичних сестер (фельдшерів) до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами залежить від виявлених педагогічних умов, серед яких: особливості організації навчального процесу, відповідне матеріально-технічне забезпечення, створення професійного середовища, удосконалення навчально-методичного забезпечення, мотивація навчальної діяльності, сформованість професійно-значимих знань, умінь, навичок із питань санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами, взаємодія «викладач-студент», ґрунтовна підготовка студентів до реалізації позаурочної діяльності, розвинена культура ведення здорового способу життя, використання сучасних педагогічних технологій та активних методів навчання, система моніторингу.

На підставі проведеної дослідно-експериментальної роботи, нами розроблено структурно-логічну модель впровадження її у практику підготовки медичних сестер (фельдшерів) апробовано дослідницькі методики, перевірено ефективність організаційно-педагогічних умов, що забезпечують ефективність формування готовності медичних сестер (фельдшерів) до реалізації санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами. Для реалізації курсу було організовано експериментальні групи, що дозволило визначити динамічні характеристики рівнів сформованості професійної готовності у студентів. На цьому етапі також було запроваджено спецкурс „Санітарно-гігієнічне виховання та профілактично робота зі школярами", що дав змогу здійснити систематизацію знань студентів та впровадити методичні рекомендації, спрямовані на формування знань, умінь та навичок. Упродовж 2009-2011 рр. повторно застосовано методику, що дозволило провести корекцію умов формування готовності медичних сестер (фельдшерів) до реалізації санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами.

На нашу думку, діюча в Україні модель підготовки медичних сестер до санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи зі школярами не повною мірою відповідає європейським та світовим стандартам. Зростання ролі медичної сестри в санітарно-гігієнічному вихованні та профілактичній

Репозиторий ГГМУ

роботі диктує нові вимоги до навчання майбутніх медичних сестер. Виховання здорового, гармонійно розвинутого покоління неможливе без санітарно-гігієнічного виховання та профілактичної роботи яке проводиться медпрацівником у школі. Матеріали статті не вичерпують всього обсягу питань, тому в подальших дослідженнях ми будемо продовжувати вивчати цю проблему.

Література

1. Даниленко Г.М. Гігієнічні основи системної оптимізації формування здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Дис. д-ра мед. наук: 14.02.01 / Держ. установа " Інститут гігієни та мед. екології ім.. О.М. Марзєєва АМН України". – К., 2007. – 319 с.
2. Москалець Г.М., Якуторич Н.В., Смірнова Т.М., Аксенов В.І.. Складові моніторингу функціонування системи охорони здоров'я за даними вітчизняної та зарубіжної літератур // Досвід виконання міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. - К., 2006 .- С.- 67-68.
3. Стандарти практичної діяльності в шкільній медицині. // Медична сестра. – 2007. − № 1. − с. 36−37.
4. A.Oblacińska, W.Ostęga (red): Standarty i metodyka pracy pielęgniarki s higienistki szkolnej, ImsDZ, Warszawa 2003, s.89.
5. B.Woynarowska: Zdrowie i szkoła PZWL Warszawa 2000, s. 18-35
6. B.Woynarowska, A.Małkowska, M.Pułtorak, W.Sokołowska: Współpraca pracowników szkół z pielęgniarką/higienistą szkolnym, IMiDz,Warszawa 2003, s.20.
7. Beata Brosowska, Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz: Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, tom II, wyd. Lublin 2008, s.175.

ЯКІСТЬ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК СУЧАСНИЙ ПРІОРИТЕТ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЙНИ

С. В. Гордійчук

Житомирський інститут медсестринства, Украина

Прийняття Закону України «Про вищу освіту» і ратифікація Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом створюють для вищої освіти України нове правове поле, сприяють зростанню конкуренції на ринку освітніх послуг і посилюють вплив споживачів освітніх послуг на формування змісту освіти і визначення тривалості навчальних програм підготовки медичних спеціалістів, а також надають ринку праці і студентам право контролю якості вищої освіти. У зв'язку з цим, якість освітньої діяльності ВНЗ стає сучасним пріоритетним питанням для медичної освіти держави [1].

Відповідно до розділ V, ст. 16, п. 1 Закону України «Про вищу освіту», система забезпечення якості вищої освіти передбачає:

1) систему забезпечення вищими навчальними закладами якості освітньої діяльності та якості вищої освіти (система внутрішнього забезпечення якості);

2) систему зовнішнього забезпечення якості освітньої діяльності вищих навчальних закладів та якості вищої освіти (діяльність Національного

Репозиторий ГрГМУ

агентства із забезпечення якості вищої освіти і незалежних установ оцінювання та забезпечення якості вищої освіти) [2].

Для забезпечення внутрішньої системи якості освітньої діяльності при підготовці спеціалістів з медичною освітою у КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» був створений центр експертизи та моніторингу якості, до складу якого увійшли представники навчально-методичної, наукової, практичної та виховної структур. Основними завданнями діяльності центру є:

- розробка нормативно-методичного забезпечення системи контролю якості освіти;
- експертиза та моніторинг визначення показників та чинників забезпечення якості освіти;
- розробка експертних схем аналізу навчальних планів, освітніх програм і характеристик на предмет їх відповідності державним стандартам;
- організація і проведення анкетування студентів і викладачів з питань якості освіти;
- розробка та апробування системи комплексного рейтингування викладачів інституту; розробка методик самодіагностики успішності студентів (за результатами тестування, атестації, виконання індивідуального плану, занять з тієї чи іншої дисципліни, самостійної роботи) тощо[3].

1. У рамках діяльності Центру було введено елементи внутрішньої системи контролю якості освіти :

2. Моніторинг якості формування контингенту студентів. З метою виявлення кінцевого рівня знань студентів з дисциплін шкільного курсу на початку нового навчального року проводяться контрольні зрізи знань для студентів 1-го курсу з української мови та профільної дисципліни (біологія). Отримані показники переводяться у національну систему оцінювання порівнюються з атестатом та сертифікатами ЗНО або свідоцтвом про неповну вищу освіту. Така система дає можливість здійснювати моніторинг за щорічним формуванням контингенту студентів та визначити «якість знань на вході».

3. Моніторинг якості формування загальних компетентностей. Даний елемент моніторингу досягається шляхом проведення ректорських контрольних робіт після кожного навчального семестру з дисциплін, що завершили цикл навчання та дає можливість визначити кінцевий рівень знань студентів. Тестові завдання та відповіді до ректорських контрольних робіт (РКР) підготовлені педагогічними працівниками, які викладали відповідні дисципліни. Проведення та перевірка РКР здійснювалась незалежними експертами. Контрольні роботи проводились для студентів II та III курсів. Кількість тестових завдань та час проведення РКР для всіх студентів однакові. РКР проводились з дисциплін природничо-математичного та суспільно-гуманітарного циклів, а для відділень, на яких не проводиться інтегрований іспит “КРОК” – з циклу професійно-орієнтованих дисциплін. Така система дає можливість визначити «якість процесу».

Репозиторий ГрГМУ

4. Моніторинг знань та формування компетентностей через вивчення фундаментальних і професійних дисциплін (тест загальної навчальної компетентності). Даний елемент моніторингу досягається шляхом системної підготовки до проведення ліцензованого іспиту «Крок М» та «Крок Б». У навчальному закладі проводиться тестування студентів усіх відділень протягом навчального року з подальшим аналізом результатів. Така перевірка дозволяє моделювати умови проведення тестування, що, у свою чергу, надає змогу випускникам адаптуватися до регламенту та вимог проведення ЛІ, проводити заміри початкових та кінцевих результатів підготовки, а також провести рейтинг якості підготовки студентів серед викладачів. З цією метою, згідно з графіком, двічі на семестр проводиться тестування студентів із використанням створених в інституті буклетів на базі тестових завдань центру тестування МОЗ України. За результатами проведених тестувань навчальною частиною визначається «група ризику», яка не набирає достатню кількість вірних відповідей. Для таких студентів організується окрема перевірка знань і здійснюється додаткове тестування. Дані про таких студентів передаються на профільні циклові комісії для організації подальшої індивідуальної консультативної роботи з ними та підвищення рівня вимог під час проведення поточних занять з метою активізації роботи з даним контингентом студентів. Також навчальною частиною скоординовуються графіки консультацій для студентів-випускників усіх спеціальностей, які за результатами складання підсумкового модульно-тестового контролю з профільних дисциплін не набирають відповідну кількість необхідних балів. Для таких студентів індивідуальна робота проводиться окремо. Така система моніторингу якості освітнього процесу дає можливість визначити «якість знань на виході».

Ще однією складовою забезпечення якості є інформатизація освітньої діяльності. КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» для автоматизації управління навчальним процесом з 2005 року використовує пакет програм «Деканат» [4]. Дана інформаційна система дозволяє створити та підтримувати базу даних, в якій реєструється та формується наступна інформація:

- структура навчального процесу вищого навчального закладу (кафедри, напрями, спеціальності, навчальні плани, академічні групи, підгрупи, лекційні потоки);
- дані про навчальне навантаження кафедр з можливістю створення звітності;
- результати розрахунків для визначення кількості посад педагогічних та науково-педагогічних працівників;
- відомості про викладачів навчального закладу, їх запланованого навантаження, розклад занять;
- відомості про студентів навчального закладу та їх життєвого процесу у навчальному закладі (оцінки, відвідування занять, рух студентів);

Репозиторий ГрГМУ

- аудиторний фонд вищого навчального закладу, його використання, розклад занять;
- електронний журнал обліку навчальних занять;
- автоматизація процесу тестування студентів та здійснює їх підготовки до підсумкового модульного контролю та проведення ліцензованого інтегрованого іспиту «Крок М» та ін.

Розділом VII, ст. 40 Закону України «Про вищу освіту» передбачено участь студентів у забезпеченні якості освіти через участь в обговоренні та вирішенні питань удосконалення освітнього процесу, науково-дослідній роботі; внесенні пропозицій щодо змісту навчальних планів і програм; участь у прийнятті рішення про відрахування, переведення студентів, внесення пропозицій щодо розвитку матеріальної бази вищого навчального закладу тощо. За погодженням з органом студентського самоврядування приймаються рішення про призначення заступника декана факультету, заступника керівника ВНЗ; поселення та виселення осіб, які навчаються у вищому навчальному закладі у гуртожиток та інше. У КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» розроблено Положення про участь студентів у забезпеченні якості освітньої діяльності, згідно якого, навчальний заклад вважає студентів повноправними, компетентними та конструктивними партнерами в управлінні та забезпеченні якості вищої освіти, які можуть і повинні брати участь та впливати на організацію та результати освітньої діяльності. У процесі навчання студент постає, по-перше, як споживач освітніх послуг та послуг сервісних служб Інституту; по-друге, як активний член інститутської спільноти, який разом з викладачами бере участь у навчально-виховній роботі; по-третє, як уособлення результату діяльності ВНЗ [4].

Важливе значення для управління якістю в інституті мають різні форми зворотного зв’язку. У навчальному закладі проводять такі опитування студентів:

1) Оцінка студентами рівня викладання: наприкінці кожного семестру проводять опитування студентів щодо рівня викладання предметів. Мета анкети – отримати зворотний зв’язок, краще зорієнтуватися у потребах, можливостях студентів та врахувати їх пропозиції для підвищення якості викладів та управління навчальним процесом у цілому. Згідно даних останнього опитування, яке відбулось наприкінці І семестру 2015-2016 навчального року, 20% студентів випускних курсів вважають, що для покращення якості підготовки необхідно збільшити кількість годин практичної підготовки; 43% - підвищити рівень інформатизації освітнього процесу; 28% - урізноманітнити форми проведення навчальних занять; 7% - покращити матеріально-технічне забезпечення навчального закладу; 2% - більше уваги приділяти фізичному розвитку та рівню навантаження студентів.

За результатами анкетування щодо задоволення навчальним процесом та студентським життям було визначено, що студенти навчального закладу хотіли б збільшити кількість та покращити рівень проведення різних видів

Репозиторий ГрГМУ

практики, студентських наукових конференцій та круглих столів, а також більше брати участь у міжнародних освітніх програмах.

2) Оцінка студентами рівня сервісів: наприкінці кожного навчального року проводять опитування студентів щодо їх задоволеності роботою сервісних відділів (кафедри (відділення), навчально-методичний відділ, відділ кадрів, бібліотека, відділ технічних засобів, науковий відділ, психолог інституту, соціальний педагог, їдальня, гуртожиток тощо). Таким чином, студентами було відмічено високий рівень роботи психологічної служби (4,8 балів), навчально-методичного відділу (4,5 балів), наукового відділу (4,0 бала); середній рівень - відділу технічних засобів навчання (3,6 балів), відділу кадрів (3,4 бала). На думку респондентів, необхідно покращити роботу сервісних відділів (бібліотека, їдальня, гуртожиток).

3) Оцінка студентами вступної кампанії та системи адаптації до студентського життя: протягом вересня проводять опитування студентів першого року навчання з метою отримання зворотного зв'язку з питань діяльності приймальної комісії: оцінюють чіткість і зрозумілість правил прийому; своєчасність і прозорість оголошення результатів прийому; організацію прийому документів, підписання договорів; організацію поселення в гуртожитки; систему заходів ознайомлення з діяльністю сервісних відділів; аналізують мотиваційні чинники вибору навчального закладу та спеціальності з метою покращення стратегії вступної кампанії.

Результати анкетування студентів щодо причин вступу до КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» свідчать про те, що 58 % колишніх абітурієнтів обрали навчання в інституті за рахунок його статусу та можливості здобути ступеневу медсестринську освіту; 23% - у зв'язку з тим, що в інституті є спеціальність, за якою вони хотіли б навчатись; 8% - за порадою родичів та друзів; 5% - за рахунок належності до групи пільговиків; у 4% була просто наявна кількість балів за сертифікатами для вступу до інституту; 2 % - не вдалось вступити в той вищий навчальний заклад, куди прагнув [5].

Відповіді респондентів щодо адаптації студентів першого курсу свідчать про те, що основними труднощами, з якими вони зіткнулись є: процес внутрішньої інтеграції групи, адаптація до вимог викладачів, велике навантаження (аудиторна та самостійна робота), опанування нової системи навчання, необхідність відпрацювання пропущених занять, адаптація до нових умов життя та інше.

Висновки: Отже, вищі медичні навчальні заклади України шляхом реалізації Закону України «Про вищу освіту» повинні створити умови, які уможливлюють регулярний вплив на якість освіти через формування нових підходів до внутрішньої системи забезпечення якості, інформатизації освітнього процесу та забезпечення постійного й активного представництва студентів на всіх рівнях діяльності вищого навчального закладу.

Література

1) Шатило В.Й. Гордійчук С.В. Забезпечення якості освітньої діяльності як шлях реалізації Закону України «Про вищу освіту» // Медична освіта. Науково-практичний журнал. № 2, 2015р. – С. 94-98.

Репозиторий ГрГМУ

2) Закон України «Про вищу освіту» // Закон від 01.07.2014р. № 1556-VII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:// zakon4.rada/gov.ua/laws/1556-18.
3) Про введення в дію Положення про забезпечення внутрішньої системи якості освітньої діяльності у КВНЗ «Житомирський інститут медсетринства»: Наказ ректора КВНЗ «Житомирського інституту медсестринства» від 17.09.2015 № 12.
4) Програмне забезпечення для вищих навчальних закладів України «Політек-СОФТ» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.politek-soft.kiev.ua. – Назва з екрану.
5) С.В. Гордійчук Впровадження внутрішньої системи забезпечення якості за участю студентів / Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Актуальні питання якості медичної освіти» – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – Т. 2. - С.18-19.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКАНЦЕРОГЕННЫХ РИСКОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ДООЧИЩЕННОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ОТ РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Л. В. Григоренко
ГУ "Днепропетровская медицинская академия", Украина

Цель: усовершенствовать существующие способы оценки качества доочищенной питьевой воды от различных фирм – производителей.

Материалы и методы. Расчёт неканцерогенных рисков проводили по показателям цветности, мутности и pH по следующим формулам (1) – (4).

Prob = -3,33 + 0,067 х Цв, где (1)

Цв – цветность воды (в градусах);

Prob = -3 + 0,25 х Мт, где (2)

Мт – мутность воды.

Неканцерогенный риск по водородному показателю определяется при pH < 7 по уравнению (3), а при pH > 7 по уравнению (4):

Prob = 4 - pH (3); Prob = -11 + pH (4)

Оценку суммарного риска органолептических эффектов следует осуществлять путем выбора максимального значения из всех трёх показателей (цветности, мутности, pH). Если значение Prob < 1,0, то вероятность развития у человека вредных эффектов при ежедневном поступлении химических соединений с доочищенной питьевой воды несущественна и такое воздействие характеризуется как "приемлемый уровень риска".

Если значение Prob > 1,0, то вероятность развития у человека вредных эффектов увеличивается пропорционально росту величины риска и такое воздействие характеризуется как "неприемлемый уровень риска" [1].

Результаты. Анализ мониторингового исследования качества доочищенной питьевой воды проводили на территории одной из крупнейших в Днепропетровской области – Криворожской зоны урбанизации, где доочищенная питьевая вода производится двумя специализированными предприятиями по доочистке воды: производитель 1 и производитель 2. В доочищенной питьевой воде от производителя 1 определено значение цветности (36,11±3,88) градусов, мутности (0,87±0,11) мг/дм3 и pH

Репозиторий ГрГМУ

(7,09±0,02). В доочищенной питьевой воде от производителя 2 цветность составляла (35,80±1,93) градусов, мутность (0,67±0,07) мг/дм3, pH: 7,52±0,14 (табл. 1).

Таблица 1 - Сравнительная оценка органолептического риска по показателям цветности, мутности и pH

Показатель	Производитель 1		Производитель 2	
	Среднее значение	Prob*	Среднее значение	Prob*
Цветность, градусов	36,11	0,91	35,80	0,94
Мутность, мг/дм^3	0,88	2,78	0,67	0,83
pH	7,09	3,91**	7,52	0,48
Максимальное значение	-	3,91	-	0,94

Примечания: * В данном случае значение Prob является промежуточной величиной для перехода от концентрации вредного вещества к риску для здоровья, которое оно создает.

** - максимальное значение pH при расчете Prob составляет 3,91, что объясняется колебанием pH в воде производителя 1 (от 5,68 до 8,5), при расчёте среднего значения (pH = 7,09).

Выводы. Используя предложенный нами способ сравнительной оценки неканцерогенных рисков при употреблении доочищенной питьевой воды от различных фирм – производителей было обнаружено, что суммарная оценка риска от употребления питьевой воды производителя 1 составляет – 3,91, приоритетный фактор – pH. Суммарный риск от употребления питьевой воды производителя 2 составляет – 0,94, приоритетный фактор – цветность. Таким образом, сравнивая качество доочищенной питьевой воды от обеих фирм – производителей, можно рекомендовать жителям сельских населённых пунктов использование доочищенной питьевой воды от производителя 2, поскольку по показателю суммарного риска Prob = 0,94 (Prob < 1,0) определён "приемлемый уровень риска", тогда как в воде производителя 1 суммарный риск составляет Prob = 3,91, то есть (Prob > 1,0) установлен "неприемлемый уровень риска".

Рекомендованный нами способ сравнительной оценки неканцерогенных рисков при употреблении доочищенной питьевой воды от различных фирм – производителей позволяет оценивать не только количественные показатели качества питьевой воды и их соответствие требованиям действующего ГСанПиН 2.2.4-171-10 [2], но и проводить сравнительную оценку качества по показателям цветности, мутности, pH, на основании расчёта неканцерогенных рисков в питьевой воде от различных фирм – производителей, и определять путем оценки суммарных рисков в отдельных сельских населенных пунктах области наиболее качественного производителя доочищенной питьевой воды [3].

Литература

1. Руководство по оценке риска для здоровья населения при взаимодействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду: Р 2.1.10.1920-04 [Действующий от 05.03.2004].

Репозиторий ГрГМУ

– Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2004. – 143 с. (Руководящий документ).
2. Гигиенические требования к воде питьевой, предназначенной для употребления человеком: Государственные санитарные нормы и правила [Электронный ресурс]: ГСанПиН 2.2.4-171-10; утв. приказом МИНЗДРАВА от 12.05.2010 г. № 400; Зарегистрировано в Министерстве юстиции Украины 1 июля 2010 г. № 452/17747. – Режим доступа: http://normativ.ua/types/tdoc19074.php.
3. Григоренко Л.В. Свидетельство о регистрации авторского права на произведение № 62630 от 23.11.2015 на научную статью „Влияние качества питьевой воды на состояние здоровья сельского населения". Журнал: Гигиена населённых мест. – Выпуск 64. – Киев, 2014. – С. 80 – 86.

ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД И РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. А. Дагаева, Н. И. Грек, В. С. Урбанович
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Внимание к здоровью подрастающего поколения, внедрение в практику правил «здорового образа жизни», создание необходимых условий по охране здоровья женщины в дородовый и послеродовый периоды, диспансерный учет детей и женщин группы резерва родов, являются приоритетными направлениями деятельности здравоохранения Беларуси.

По определению педиатрической школы – «Здоровье ребенка – это не сиюминутный статус организма, а состояние детерминированное совокупностью факторов: генетических, эмбриологических, постнатальных и социальных. А так же – сочетание показателей физического и нервно-психического развития, функционального состояния организма, его резистентности и заболеваемости».

Как правило, гармоничное развитие ребенка предполагает своевременное нервно-психическое развитие, а у детей с нарушениями здоровья, изменяются сроки приобретения навыков, показатели нервно-психического развития отстают от соответствующих эпикризным срокам, изменяются взаимоотношения ребенка со взрослыми и сверстниками, что в свою очередь может приводить не только к социальной дезадаптации, и формированию патологических черт личности.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми частыми инфекционными заболеваниями детей.

ОРВИ большая группа острозаразных вирусных болезней, характеризующихся общими симптомами инфекционного токсикоза и преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей.

Частые ОРИ представляют социально–экономическую проблему: материальные затраты на лечение, потеря трудового времени родителей.

В эту группу заболеваний относят грипп, парагрипп, риновирусную, аденовирусную, респираторно-синтициальную, реовирусную инфекции,

Репозиторий ГрГМУ

некоторые варианты энтеровирусных заболеваний, сопровождающихся поражением дыхательных путей. ОРВИ – самые распространенные на земном шаре заболевания. Наибольшая заболеваемость приходится на детей первых трех лет жизни. Повторные заболевания существенно влияют на развитие ребенка, приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию организма, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбитный фон, задерживают физическое и психомоторное развитие.

Столь частая заболеваемость ОРИ в детском возрасте выдвигает эту проблему в число наиболее актуальных в педиатрии.

В связи с перечисленными причинами,требуется акцентирование внимания на проблеме развития профилактических технологий поскольку, знание механизмов развития патологических состояний, и, выполнение ряда превентивных мер, позволяет избежать развития заболевания. Следовательно, важнейшим вкладом медицины в охрану здоровья детей, можно считать правильно организованную профилактическую работу.

Цель исследования: анализ наследственных, средовых, бытовых факторов, оказывающих воздействие на плод и ребенка после рождения, а также оценка их влияния на здоровье детей дошкольного возраста.

Материалы и методы: данные получены при анкетировании матерей с помощью разработанных нами оригинальных анкет. Проанализировано 100 анкет: из них 58 анкет мальчиков и 42 анкеты девочек. Работа была проведена на базе пульмонологического и педиатрического отделений УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» г. Гродно в период с мая по октябрь 2015 года. Данные обработаны при помощи пакета прикладных программ Statistica 10 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q).

Результаты: родами в срок закончилось 90 (95% ДИ 82,38 – 95,1) беременностей опрошенных матерей, 6 (95% ДИ 2,23 – 12,6) детей родилось недоношенными и 4 (95% ДИ 1,1 – 9,92) переношенными. Роды у опрошенных матерей протекали через естественные родовые пути в 73 (95% ДИ63,2 – 81,39) случаях, путем кесарева сечения в 27 (95% ДИ 18,61 – 36,8) случаях. В 52% случаев данный ребенок в своей семье является по счету первым, в 34% случаев – вторым, в 12% - 3, и по 1% приходится на четвертого и пятого ребенка по счету в данных семьях. Из общего числа опрошенных матерей, 64 (95% ДИ 53,79 – 73,36) отмечает, что в течение беременности данным ребенком они не переносили каких-либо респираторных заболеваний, 36 (95% ДИ 26,64 - 46,21) принявших участие в опросе женщин отмечают наличие у них во время беременности данным ребенком заболеваний дыхательной системы. При этом 89(95% ДИ81, 17 – 94,38) из них болели 1-2 раза, а 11 (95% ДИ 5,62 – 18,83) женщин болели 3-4 раза в ходе течения беременности. В 100% случаев во время беременности,опрошенные матери, не употреблялиалкогольные напитки и некурили.

Репозиторий ГрГМУ

Девочки, рожденные матерями, на работе у которых во время беременности не возникало стрессовых ситуаций, переносили острое респираторное заболевание впервые во втором полугодии жизни (p=0,004), а девочки, матери которых испытывали стресс на работе, впервые заболевали в течение первого полугодия жизни (p=0,03). Девочки у матерей которых во время беременности были тяжелый гестоз (p=0,03), угроза выкидыша (p=0,01), констатировалось обвитие пуповины в родах (p=0,03) или имело место влияние профессиональных вредностей (p=0,02) так же заболевали достоверно позже девочек, рожденных матерями перенесшими инфекционное заболевание во время беременности, страдавших от артериальной гипертензии или даже не отмечавших особенностей течения беременности. Раньше других детей впервые ОРЗ заболевают девочки, рожденные путем кесарева сечения (p=0,02).

Первая манифестация острой респираторной патологии имеет место раньше у мальчиков, являющихся вторым ребенком в семье (p=0,02), у тех чьи матери во время беременности спали тревожно (p=0,005). Позже по сравнению со сверстниками на первом году жизни заболевали респираторной патологией мальчики (p=0,04) матери которых спали 9-10 часов в сутки.

Достоверно с большей частотой на первом месяце жизни ОРЗ болеют дети проживающие в общежитии (p=0,03), те у которых во время родов отмечалось обвитие пуповины и новорожденные, матери которых перенесли 3-4 (p=0,002) и 5 и более (p=0,005) ОРЗ во время беременности. Дети рожденные путем кесарева сечения на первом месяце жизни болеют реже (p=0,03) детей, родившихся естественным путем или после стимуляции родоразрешения.

Выводы:

1. Сроки первой манифестации респираторной патологии у девочек, зависят от эмоционального фона, на котором протекала беременность, а также особенностей течения беременности и родов.
2. Способ родоразрешения достоверно влияет на срок первой манифестации ОРИ у девочек.
3. У мальчиков срок возникновения первой респираторной патологии зависит от того, каким по счету в семье он является.
4. Продолжительности сна матери во время беременности и его качество оказывают достоверное влияние на последующую резистентность организма мальчика.
5. Частота острых респираторных заболеваний у ребенка на первом месяце жизни вне зависимости от пола достоверно зависит от условий проживания семьи.
6. Количество эпизодов ОРИ у матери во время беременности,оказывает влияние на количество эпизодов ОРИ у ребенка, вне зависимости от пола, на первом месяце жизни
7. Частота эпизодов ОРИ на первом месяце жизни, достоверно зависит от способа родоразрешения.

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей/ Л.С. Балева[и др.]. — М.: «Агенствомедициского маркетинга», 2006. — 46 с.
2. Жерносек, В.Ф. Реабилитация часто болеющих детей / В.Ф. Жерносек, Т.П.Дюбкова // учеб.-мет. пособие – 1-е изд. / Мн.: БелМАПО, 2009. – С.4-12.
3. Беляева, Л.М. Профилактические и лечебно профилактические мероприятия для детей и подростков I и II групп здоровья. Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей / Л.М. Беляева //учеб.-мет. пособие – 1-е изд./ Мн.: БелМАПО, 2006. – 60 с.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОЛОДЕЖИ

А. А. Дорощик, Е. М. Сурмач
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Рост заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в последние два десятилетия как в мире, так и в Республике Беларусь обусловлен постарением населения, ростом психоэмоциональных нагрузок, изменением характера питания и другими факторами [1]. Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире растут с каждым годом. Так в США суммарная стоимость лечения пациентов с 2010 к 2030 году возрастет с 450 млрд. долларов до 1 триллиона [2]. Несмотря на развитие новых технологий лечения БСК, основой успешной работы в направлении сокращения пациентов является первичная профилактика. Образовательные программы в школах, университетах показали свою высокую эффективность. L.S. Fornari с соавторами в своей работе продемонстрировали, что такие программы в школе позволяют сократить количество модифицируемых факторов риска не только у детей, но и у их родителей, особенно групп высокого риска ССЗ [3]. 25-летняя программа профилактики в Финляндии в рамках «The North Karelia Project» привела к снижению кардиоваскулярной смертности почти на 70% [4].

К модифицируемым факторам риска относятся в первую очередь поведенческие: питание, курение, алкоголь, гиподинамия, низкий социальный и (или) образовательный статус, уровень стресса [5]. Модификация данных факторов в молодом возрасте является основой первичной профилактики ССЗ. Изменение профиля факторов риска позволит сократить риск заболевания более чем в 3 раза согласно данным многих исследований, что намного эффективнее, чем использование самых современных технологий для лечения ССЗ [6]. Исследование модифицируемых факторов риска позволит разработать программы профилактики. Сегодня широко используют такие образовательные программы во всех странах мира, так, например, выполнено исследование эффективности лечения никотиновой зависимости среди молодежи через Facebook, в школах введены ежедневные занятия физкультурой, молодые люди привлекаются к проведению общеобразовательных программ по рациональному питанию и т.п. [7].

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования: выполнить анализ распространенности поведенческих факторов риска ССЗ среди студентов ВУЗов, оценить половозрастные различия.

Материалы и методы: работа выполнена в учреждениях образования «Гродненский государственный медицинский университет» («ГрГМУ») и «Гродненский аграрный университет» («ГрГАУ»). В опросе после получения информированного согласия приняли участие 111 студентов первого и четвертого курсов. Средний возраст студентов первых курсов − 17± 1,6 лет, четвертых курсов − 20± 0,5 лет. Группу аграрного университета составили 57 студента, медицинского – 54. Различия в половозрастном составе между молодыми людьми отсутствовали. Для работы использовался составленный нами опросник, оценивающий основные поведенческие факторы риска ССЗ. Оценка уровня стресса выполнена с помощью опросника PSM-25, индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался, как отношение массы тела (в кг) к квадрату роста (в м²). Статистическая обработка данных выполнена с применением программы Statistica 8.0, использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, критерий согласия Пирсона. Уровень $p<0,05$ был принят как статистически значимый. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты и обсуждение: данные результатов опроса представлены в таблице 1.

Таблица 1 − Распространенность факторов риска ССЗ среди студентов ВУЗов

Кол-во, чел. (%)	1 курс«ГрГАУ» n=28	4 курс«ГрГАУ» n=29	1 курс«ГрГМУ» n=25	4 курс«ГрГМУ» n=29
занятия спортом ≥2 раз/неделю (≥1 часа)	25 (89%)	21 (72,4%)	24 (96%)	29 (100%)
досуг (10 000 шагов/день)	13 (46%)	10 (34%)	10 (40%)	7 (24%)
ИМТ	21,5 [20-23]	22 [22-24]	20 [19-21,5]	21 [19-23,5]
курение	8 (28,6%) *	3 (10,3%)	1 (4,6%)	3(10,3%)
рациональное питание	10 (35%)	11 (38%)	15 (60%)	13 (45%)
уровень стресса, баллы	79 [55-94] *	75 [62-87]	91 [81-107]	86 [69-104]

**Достоверные различия между группами 1-го курса аграрного и медицинского университетов*

Был выполнен анализ физической активности среди студентов. Согласно данным опроса большинство студентов разных курсов и факультетов 2 раза в неделю или чаще посещают спортивные секции или спортзалы. 3 студента 1 курса и 6 студентов 4 курса аграрного университета (16,7%) не имеют данных физических нагрузок в отличие от студентов медицинского университета (1(2%) студент 1-го курса не имеет таких нагрузок), что является статистически значимым различием ($p=0,02$). Всем студентам был задан вопрос об «активном» проведении досуга (пешие прогулки более 10 тысяч шагов в день, посещение бассейна, езда на велосипеде). 34 человека 1 и 4 курсов «ГрГАУ» и 37 человек разных курсов «ГрГМУ» ответили, что предпочитают отдыхать дома у телевизора либо сидя

Репозиторий ГрГМУ

за компьютером. Важно отметить, что из 111 семей опрошенных студентов только 17 (15%) отдыхают «активно» (15 студентов из 17 «активно отдыхающих» семей также предпочитают активный отдых «пассивному»). Полученные данные согласуются с литературными и свидетельствуют о том, что стереотипы отдыха формируются в родительской семье.

Была выполнена оценка ИМТ (наличие избыточной массы тела, ожирения). Получено, что 5 человек 1 и 4 курсов аграрного университета не знают своего роста и веса, 2 человека из 57 имеют избыточную массу тела (ИМТ>25), студентов с ожирением в «ГрГАУ» не выявлено. Среди студентов 1 курса «ГрГМУ» 2 человека не знают своего роста и веса, у 4 выявлена избыточная масса тела (ИМТ>26). А вот на 4 курсе «ГрГМУ» двое не знают своего ИМТ, 2 имеют избыточную массу (ИМТ 27 и 28), а у 3 молодых людей выявлено ожирение 1 степени (ИМТ >31). Поэтому в «ГрГМУ» достоверно больше студентов (16,6%)с избыточной массой тела либо ожирением в сравнении с «ГрГАУ» (3,5%) (p=0,04). В работе Gopalakrishnan S. с соавторами указывают, что среди малазийских студентов медицинского факультета у 21% имеются избыточная масса тела либо ожирение 1 степени [8]. Студенты с высоким ИМТ согласно данным опросника имели избыточный вес с детства, 2 из 9 наблюдались у эндокринолога, остальные пытались корректировать вес под контролем родителей.

Согласно результатам из группы опрошенных молодых людей курят 15 человек (13%), 11 из них – студенты аграрного университета, 4 − студенты-медики. Выявленные с ожирением студенты не курят.

Оценили также рациональность питания молодых людей: 63% студентов «ГрГАУ» и 48% студентов-медиков питаются нерационально (в рационе отсутствует достаточное количество овощей и фруктов (менее 300 граммов в день), преобладают картофель, рис, сладости, полуфабрикаты (сосиски, пельмени)). На вопрос: «Что из продуктов питания Вы купите, если имеете дополнительные средства?», − 20% студентов-медиков и 21% студентов аграрного университета ответили, что купят, то, что очень вкусно, но не полезно (сладости, «фастфуд»).

Уровень стресса в группах оказался низким, что соответствует удовлетворительной адаптации к учебе, в группе 1 курса медицинского университета выше, чем на 1 курсе «ГрГАУ».

Выводы:

1. Большинство студентов 1 и 4 курсов медицинского, аграрного университетов (в среднем 85%) выполняют физические нагрузки ≥ 2раз в неделю, однако лишь 31% опрошенных предпочитает «активный» отдых «пассивному» (у телевизора).
2. Средние значения индекса массы тела в группах являются нормативными; количество студентов с избыточным весом или ожирением выше в медицинском университете, увеличивается с возрастом (таких студентов меньше на первом курсе и больше на четвертом).

Репозиторий ГрГМУ

3. Более половины студентов аграрного университета и 48% студентов медиков питаются нерационально, предпочитая использовать в рационе полуфабрикаты.
4. Уровень стресса в группах низкий, у студентов 1 курса медицинского университета выше, чем у студентов аграрного университета.

Литература

1. Мрочек А.Г. Рациональная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: методические рекомендации// Минск, РНПЦ «Кардиология», 2014., - С.12.
2. Children First Study: how an educational program in cardiovascular prevention at school can improve parents' cardiovascular risk /L.S. Fornari [et al.] // Eur.J. Prev. Cardiol. - 2013. – Vol. 20 (2) - P. 301-309.
3. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland / P. Puska [et al.] // Public Health Medicine. – 2002. – Vol. 4 (1). - P. 5-7.
4. Risk factor burden in middle age and lifetime risks for cardiovascular and non-cardiovascular death (Chicago Heart Association Detection Project in Industry) / D.M. Lloyd-Jones [et al.] // Am. J. Cardiol. - 2007. – Vol. 99. - P. 535-540.
5. The Tobacco Status Project (TSP): Study protocol for a randomized controlled trial of a Facebook smoking / D.E. Ramo [et al.] // BMC Public Health. – 2015. – Vol. 15. - P. 897.
6. Effect of increased exercise in school children on physical fitness and endothelial progenitor cells: a prospective randomized trial / C. Walther [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 120 (22). - P. 2251-2259.
7. Prevalence of cardiovascular risk factors in grade nine students / D. Prentice [et al.] // Can. J. Cardiovasc. Nurs. – 2008. – Vol. 18 (3). - P. 12-16.
8. Prevalence of overweight/obesity among the medical students, Malaysia / S. Gopalakrishnan [et al.] // Med. J. Malaysia. – 2012. – Vol. 67 (4). - P. 442-444.

МИРОВАЯ МЕДИЦИНА В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЯМИ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

Ю. Г. Дунаева

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

На юбилейной 70-й сессии Генассамблеи ООН в 2015 году мировые лидеры 193 стран приняли 17 Общемировых целей, которые необходимо достичь до 2030 года: они направлены на борьбу с бедностью, неравенством и климатическими изменениями, особое внимание уделено борьбе за здоровье человека.

За прошедшие полтора десятилетия XXI века человечеству удалось предотвратить 3,3 млн случаев гибели от малярии, уменьшить материнскую смертность почти наполовину, а в странах Азии и Северной Африки - примерно на две трети, повсюду идет переход к страховой системе в медицине [1].

Задачи, стоящие до 2030 года, поистине глобальны: предстоит достичь здорового образа жизни для всех в любом возрасте. Доклад посвящен анализу современного состояния и процесса международной борьбы с мировыми эпидемиями.

Человечество имеет многогранный опыт преодоления инфекционных заболеваний общими усилиями. Международные санитарные советы

Репозиторий ГрГМУ

возникли в Танжере (1792-1914), Константинополе (1839-1914), Тегеране (1867-1914), Александрии (1843-1938). В 1851 году в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция, на которой врачи и дипломаты 12 государств разработали и приняли Международную санитарную конвенцию и Международный карантинный устав. Чума привела к созыву в Мукдене в 1911 году Международной конференции по чуме. В XIX век прошло 10 международных санитарных конференций, а в XX веке в довоенный период еще четыре. Все материалы хранятся в библиотеке ВОЗ и Национальной библиотеке медицины Бетесда (США, штат Мэриленд).

В XIX веке появилось много научных работ о чуме, холере, желтой лихорадке: в 80-е годы издавалось 15 эпидемиологических журналов, за 1817 - 1881 годы опубликовано 7000 научных работ. Современная наука об инфекционных заболеваниях не стоит на месте. В России ведущим научным изданием является журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни», а в мире издается большое количество эпидемиологической научной периодики, обобщающих передовой медицинский опыт, среди них Epidemiologic Reviews, International journal of epidemiology, Epidemiology, American journal of epidemiology, European Journal of Epidemiology, Journal of Epidemiology and Community Health, Journal of clinical epidemiology, Annals of epidemiology, Journal of Epidemiology and Global Health и многие другие.

В 1903 году создано Международное санитарное бюро в Париже, в 1907 году появилось бюро общественной гигиены в Риме, государства Америки объединились в 1902 году в Панамериканское санитарное бюро. Организации занималась вопросами гигиены судов, водоснабжения, гигиены питания, международными карантинными спорами и изучением национальных медицинских законодательств. Международный опыт сотрудничества врачей был использован при создании Организации здравоохранения Лиги Наций в 1923 году, в период эпидемий тифов, холеры, оспы. Лига наций создавала международные стандарты лекарств, вела классификацию, учредила комитеты экспертов-медиков.

В 30-х годах XX века начался новый период эпидемиологии - были получены сульфаниламидные препараты (стрептоцид, сульфидин и др.). В 40-е годы XX века был получен первый антибиотик - пенициллин, затем – стрептомицин и хлоромицетин, в 50-х годах - тетрациклиновые препараты, в 60-е - вакцина против полиомиелита [1]. СССР стал первой страной, которая ликвидировала полиомиелит, а советская вакцина использовалась в глобальной борьбе против полиомиелита в 60 странах мира.

Институт Пастера в Париже является мировым лидером по борьбе с эпидемиями, в 1983 году здесь был открыт вирус ВИЧ. Ученые установили, что причиной новых эпидемий являются климатические колебания. Медицина XXI века включает изучение экологии, климатологии и теории естественного отбора. Современные достижения - иммунные гамма-глобулины, которые пришли на смену сывороткам.

Мировая медицина полностью победила некоторые инфекционные болезни - ярким примером является ликвидация оспы по советской

Репозиторий ГрГМУ

программе, предложенной ВОЗ в 1958 году и осуществленной в 80-х годах XX века всеми странами мира. В 2015 году разработана вакцина против малярии [2]. Но появляются новые угрозы эпидемий: короновирус, свиной и птичий грипп, гепатит А - всего тридцать новых инфекций. Особую опасность представляют геморрагические лихорадки Эбола, Марбурга, боррелиоз Пасса, легионеллез, болезнь Лайма. В 2003 году мир потрясло появление атипичной пневмонии (SARS), в 2009 году ВОЗ сообщило о новом гриппе A(H1N1) в Мексике и США [3]. Отвоевывают потерянные позиции и такие «старые» инфекции как дифтерия, менингит, ежегодно 3 тысячи человек бубонной чумой. Холера периодически распространяется по земному шару: до 1960 года было шесть эпидемий, а в 70-е годы XX века седьмая холерная эпидемия в 39 странах мира охватила более 170 тысяч человек [4]. В развивающихся странах из-за плохих санитарных условий инфекционные болезни убивают более 10 миллионов людей каждый год. Так, в мае 2015 года среди 50 тысяч бурундийских беженцев в Танзании в районе озера Танганьика вспыхнула холера, и сотрудники Детского фонда ООН срочно направили в Бурунди медикаменты, питьевую воду и продукты питания. Нельзя сбрасывать со счетов и социальные аспекты труда медиков: борьба с биотерроризмом, безопасность людей во многом связаны с эффективной работой инфекционистов и эпидемиологов.

В ближайшие годы ООН планирует методами вакцинации ликвидировать полиомиелит, дифтерию, столбняк, уменьшить смертность от пневмонии у детей - эффективность излечения сегодня достигла 90%. Среди достижений в сфере здоровья в XXI веке – создание вакцины против менингита в 2010 и против малярии в 2015 году, успехи борьбы со СПИДом. Новая инициатива ООН - Объединенная программа по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2015 года - призвана охватить лечением 15 миллионов ВИЧ-инфицированных [4].

Современные медики владеют глубокими знаниями в области морфологии, физиологии, экологии распространения инфекций. Университет в Осло по специальному гранту Евросоюза исследует чуму в современной Европе, которой ежегодно заражаются около двух тысяч человек. Гипотеза Черной королевы, которую развивает в науке ученый из Норвегии Н.Стенсет (Nils C. Stenseth) связанная с теорией естественного отбора Чарльза Дарвина (Charles Robert Darwin,1809 -1882), рассматривает сосуществование видов в конкретных экологических условиях как важный фактор эволюционного развития [5].

Следовательно, изучение международного опыта борьбы с эпидемиями является актуальной проблемой для современных ученых и практиков.

Литература

1. Мировая статистика здравоохранения. 2015 г.// URL: http://www.who.int /mediacentre/news/releases/2015/world-health-statistics-2015/ru/
2. О Глобальной программе ВОЗ по борьбе против малярии// URL: http://www.who.int /malaria/about_us/ru/
3. The WHO Global Burden of Disease (GBD) // URL: http://www.who.int /topics/global_burden_of_disease/en/

Репозиторий ГГМУ

4. Weekly Epidemiological Report. WHO (Документы ВОЗ по эпиднадзору) // URL: http://www.who.int/wer/en/
5. Stenseth, N.Ch., President of Norwegian Academy of Sciences. Dynamics of the plague–wildlife–human system in Central Asia are controlled by two epidemiological thresholds/ Proceedings of the National Academy of Sciences. PNAS. August 19, 2011 // URL: http://intl.pnas.org/; Coevolution in multispecies communities// URL: http://www.cristin.no/as/WebObjects/cristin.woa/wa/fres?sort=ar&la=en&action=sok&pnr=23413

ВЛИЯНИЕ ФУРОКСАНА НА ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ НЕФРИТЕ

Е. А. Дученко[1], В. И. Корниенко[1], Б. А. Самура[2], Е. В. Ладогубец[1]
[1]Харьковская государственная зооветеринарная академия
[2]Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

Важное клиническое значение в организме имеют показатели водно-солевого обмена веществ внутренней среды: осмолярность плазмы крови, концентрация в ней ионов натрия, калия, кальция, магния, комплекс показателей кислотно-основного состояния, объем крови и внеклеточной жидкости. Обычно регуляция каждого из параметров внутренней среды обеспечивается не менее, чем двумя факторами, один из которых способствует сохранению вещества в организме, а другой его выделению. Восстановление жизненных функций требует поддержания физико-химических параметров внеклеточной жидкости в строгих рамках физиологических констант. Активную роль в регуляции водно-солевого обмена играют желудочно-кишечный тракт, почки. Смещение интенсивности метаболизма способны изменять объем и состав жидкостей организма [2, 9].

При снижении в организме объема внеклеточной жидкости и плазмы крови увеличивается секреция альдостерона, а при увеличении объема внеклеточной жидкости усиливается поступление в кровь натрийуретических гормонов из предсердия. Главным органом, который регулирует водно-солевой обмен, являются почки. Количество и состав выделяемой мочи могут значительно изменяется [4].

Для сохранения водно-солевого баланса в организме почки обеспечивают адекватную задержку или экскрецию воды и солей. Внеклеточная и внутриклеточная жидкости значительно отличаются по составу и концентрации отдельных компонентов, но общая суммарная концентрация осмотически активных веществ примерно одинакова [3, 4].

В настоящее время продолжается изучение нарушений водно-солевого обмена и ведутся исследования по поиску новых фармакологических веществ для его коррекции при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В терапии сердечно-сосудистой патологии важное место занимают диуретические препараты.

Наряду с выраженным диуретическим эффектом мочегонные средства могут проявлять нежелательное побочное действие: гипокалиемию,

Репозиторий ГрГМУ

гипохлоремический алкалоз, метаболи-ческий ацидоз, гиперлипидемию, гипергликемию, нарушение белкового обмена и др. [7, 10, 11], которые ограничивают их применение в клинической практике. Поиск фармакологически активных веществ, улучшающих водно-солевой обмен в почках, проводится среди различных групп органических веществ. Наше внимание привлекли впервые синтезированные производные ксантина, среди которых в результате проведенных скрининговых исследований было отобрано соединение с условным названием фуроксан, обладающее выраженной мочегонной активностью [6, 8, 12].

Целью данной работы было исследование влияния фуроксана на функцию почек у крыс при нарушении водно-солевого обмена у лабораторных животных.

Материалы и методы. Изучение влияния фуроксана на водно-солевой обмен при остром экспериментальном нефрите проведено на половозрелых белых крысах линии Вистар обоего пола массой 170-190 г. Животные были разделены на 4 группы: 1-а группа – интактный контроль; у крыс 2, 3 и 4 групп воспроизводили острый экспериментальный нефрит путем однократного внутримышечного введения 0,5 мг уранилацетата, растворенного в 0,5 мл глицерина, на 100 г массы тела. На фоне острого экспериментального нефрита крысам 2-ой группы (контрольная патология) вводили ежедневно внутрижелудочно воду в объеме 1 мл; крысам 3 опытной группы ежедневно внутрижелудочно вводили фуроксан в дозе 25 мг/кг, растворенного в 1 мл воды, животным 4 опытной группы ежедневно внутрижелудочно вводили гидрохлортиазид в дозе 25 мг/кг, растворенного в 1 мл воды. В день проведения опытов крыс (без предварительной водной нагрузки) помещали на сутки в специальные клетки со свободным доступом к пище и воде, в спонтанном состоянии собирали мочу, в которой определяли объем мочи, экскрецию электролитов и креатинина. В плазме крови и моче определяли концентрацию ионов натрия и калия методом пламенной фотометрии на пламенном анализаторе жидкости ПАЖ-2. После окончания опытов часть крыс забивали и определяли в плазме крови содержание креатинина на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 590 нм по методу Фолина в модификации Е.Б. Берхина [1]. Показатели регистрировали до начала, на 1-е, 3-и, 7-е, и 14-е сутки проведения эксперимента. В качестве препарата сравнения применяли гидрохлортиазид.

При проведении экспериментальных исследований животные находились в стандартных условиях вивария согласно нормам и принципам Директивы Совета ЕС по вопросам защиты позвоночных животных, которых использовали для экспериментальных научных исследований [3]. Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартной погрешности. Достоверность различий между средними значениями определяли по критерию t Стьюдента при нормальном распределении. Сравнения групп по качественному признаку проводили с помощью критерия x^2. Результаты исследования обработаны с применением статистических

Репозиторий ГрГМУ

пакетов программ "Microsoft Office Excel 2003", "IBM SPSS Statistics v. 20", "STATISTICA 6.0". Статистически значимыми считали отличия при уровне значимости не менее 0,05 [5].

Результаты и их обсуждение. Экспериментальные данные изучения влияния фуроксана на водно-солевой обмен при остром нефрите свидетельствуют, что у крыс 2-ой группы (контрольная патология) при остром нефрите наблюдали снижение потребления воды с 1-х суток и на всем протяжении эксперимента. Суточный водный баланс за 3-и, 7-е и 14-е сутки составил соответственно (+0,64 +2,5 +5,0) мл/сут. На 3-и сутки при остром нефрите наблюдали полиурическую стадию в виде повышения диуреза на 18,9% и тенденцию к увеличению экскреции креатинина в моче на 3,7%. На 7-е сутки течения острого нефрита наблюдали олигурическую стадию, суточный диурез уменьшился на 58,6% ($p<0,05$). Достоверными причинами этого состояния была депрессия центральной нервной системы, висцеральная боль.

Исследуемые показатели у экспериментальных крыс 2 группы с острым нефритом (контрольная патология) отличаются от интактной группы развитием ренальной формы острого нефрита. У крыс с острым нефритом в условиях ежедневного внутрижелудочного введения фуроксана в дозе 25 мг/кг в режиме свободного доступа к воде и еде установлено, что на протяжении всего эксперимента наблюдали уменьшение суточного потребления воды. На 3-и сутки течения острого нефрита наблюдали полиурическую стадию острого нефрита в виде повышения суточного диуреза на 112,8% в сравнении с контролем. На 7-е и 14-е сутки был позитивный водный баланс, который соответственно составил +2,5 мл и + 5,0 мл. У крыс второй группы на 3-и и 7-е сутки проведения эксперимента наблюдали уменьшение потребления воды соответственно на 32,5 и 45,6% ($p<0,05$). Достоверными причинами этого состояния могла быть: токсичная депрессия центральной нервной системы, висцеральная боль, дисметаболический синдром. Терапевтическая эффективность фуроксана при остром экспериментальном нефрите обусловлена дезинтоксикационным действием.

У крыс 3-й опытной группы с острым нефритом в условиях ежедневного внутрижелудочного введения фуроксана, в дозе 25 мг/кг, в режиме свободного доступа к воде и пище на 3-и сутки наблюдения имело место снижение суточного потребления воды на 41,2% ($p<0,05$) и увеличение суточного диуреза на 118% ($p<0,05$) в сравнении с исходным состоянием. Концентрация креатинина в плазме увеличилась 44,7%, а в моче уменьшилась на 11,2% ($p>0,05$) по сравнению с исходными данными этой группы животных. Выделение с мочой ионов натрия увеличилось на 21,4% ($p<0,05$) и калия - на 9,5% ($p>0,05$). На 7-ые сутки исследований острого токсичного нефрита под воздействием фуроксана наблюдали олигурическую стадию острого нефрита, имело место снижение суточного потребления воды на 28,5% ($p<0,05$), диурез уменьшился на 18,6% ($p<0,05$). Концентрации креатинина в моче снизилась на 14,8% ($p<0,05$), а в плазме повысилась на

Репозиторий ГрГМУ

38,2% ($p<0,05$) по сравнению с исходным уровнем. Терапевтическая эффективность фуроксана при остром нефрите, по-видимому, обусловлена его дезинтоксикационным действием.

У животных 4-й группы с острым нефритом при применении гидрохлортиазида наблюдали снижение суточного потребления жидкости. На 3-и сутки исследования наблюдали увеличение выделения мочи на 84,8% ($p<0,05$) и негативный водный баланс - 0,8 мл, на 7-ые сутки у крыс уменьшилось выделение мочи на 32,8% ($p<0,05$), позитивный водный баланс +6,5 мл и на 14-е сутки суточный диурез увеличился на 84,5% ($p<0,05$) по сравнению с начальным. Концентрация креатинина в моче уменьшилась на 18,5% ($p>0,05$), натрия - на 16% ($p<0,05$) и калия на - 11,4% ($p<0,05$) по сравнению с исходным значением. Можно предположить, что позитивные изменения в деятельности почек обусловлены диуретическим и цитопротективным действием фуроксана. Нормализация значений исследуемых показателей у животных, наступает на 12-14-е сутки наблюдения.

Таким образом, у крыс острый нефрит характеризуется изменением суточного водно-солевого баланса, суточного потребления жидкости, суточного диуреза, концентрации креатинина мочи в сторону негативных значений. У крыс с экспериментальным острым нефритом использование фуроксана нормализует нарушения водно-солевого обмена в большей мере, чем применение гидрохлортиазида.

Литература

1. Берхин Е.Б. Методы изучения действия новых химических соединений на функцию почек // Хим. Фарм. Журн.- 1977.- Т.11, № 5.- С. 3-11.
2. Горн М.М. Водно-электролитный и кислотно-основной баланс / М.М. Горн, У.И. Хейтц, П.Л. Сверинген; пер. с англ. – СПб.: Невский Диалект; М.: БИНОМ, 2000. – 320 с.
3. Доклінічні дослідження лікарських засобів / за ред. О.В. Стефанова. - Київ : Авіцена, 2001. - 528 с.
4. Корнієнко В.І. Дослідження впливу бенфураму на водно-електролітний баланс, фільтраційну функцію нирок щурів в умовах спонтанного діурезу / В. І. Корнієнко, Б. А. Самура // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 3 (63). – С. 144-146.
5. Лапач С.Н. Статистика в науке и бизнесе / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич // – К.: Морион, 2002. – 640 с.
6. Малышев В.Д. Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии / В.Д. Малышев. – М.: Медицина, 2005. – 228 с.
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Изд. 15-е, перераб., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство Новая волна», 2008. – 1206 с.
8. Романенко Н.И. Синтез, физико-химические и биологические свойства 8-аминозамещенных 7-(2-арил-2-оксоэтил)ксантинов / Н. И. Романенко, М. В. Назаренко, В. И. Корниенко, Б. А. Самура // Химико-фармацевтиче-ский журнал. – 2014. – Т. 48, № 8. – С. 24-27.
9. Шейман Д.А.. Патофизиология почки. – Пер. с анг.; 2-е изд., испр. – М.-СПб.: БИНО – Невский Диалект, 1999. – 206 с.
10. Штрыголь С.Ю. Побочное действие диуретиков / С.Ю. Штрыголь // Провизор. – 2003. – № 19. – 30-33 с.
11. Elriz K. Severe hypokaliemia and metabolic alkalosis in a Crohn's disease patient after budesonide treatment: evidence for intestinal secretion of potassium. / K. Elriz, G. Savoye, F. Tamion et al. // Dig. Liver Dis. – 2008. – Feb;40(2). – P. 149-150.
12. Synthesis, physicalchemical and biological prdoperties of heteroannelated 3-methylxanthine derivatives / N.I. Romanenko, M.V. Nasarenko, V.I. Korniyenko [et al.] // Chemistry of Natural Compounds. –2013. Vol.49, N 5. – P. 892-896.

Репозиторий ГрГМУ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ СНА У СТУДЕНТОК ДЕВУШЕК

Ю. М. Емельянчик, Е. А. Бурак

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Проблема личности рассматривается в индивидуальном плане психологией, а в общественном плане — социологией, но так как носителем личности является организм человека и так как этот организм формируется общественными условиями, то понятна неизбежность и необходимость изучения личности и с позиций физиологических. Личность является наиболее сложным высшим интегральным психическим образованием. Соответственно этому в психологии должны быть более тщательно разработаны проблемы психических образований как потенциально-психического. К потенциально-психическим относятся понятия личности, характера, темперамента, интересов, способностей, склонностей, памяти и другие (1). Учитывая вышеизложенное, а также то, что за последние годы значительно возрос темп жизни, особенно среди лиц молодого возраста, актуальным является исследование различных личностных характеристик у студентов девушек.

Цель. Провести анализ взаимосвязи личностных характеристик и индивидуальных особенностей организации сна у студенток девушек Гродненского медуниверситета.

Методы исследования. Работа выполнена путём обследования 82 девушек-добровольцев, в возрасте 18-22 лет, которые являлись студентами Гродненского государственного медицинского университета. Хронотип у них определялся при помощи теста Хорна-Остберга (2). В данном тесте под хронотипом понимают характер организации биоритмов человека. При этом в характеристике хронотипа прежде всего учитывались суточные циркадные биоритмы как наиболее устойчивые и изученные. По результатам тестирования выделялись три основные разновидности хронотипа: утренний тип («жаворонки»), вечерний тип («совы») и индифферентный тип («голуби»).

Использовалась экспресс методика оценки положительных свойств личности в виде оптимизма по Рудиной Л.Н. (4), которая основана на определении трёх типов личности: оптимистов, реалистов и пессимистов. Данный тест определяет отношение студентов к трудностям жизни, при этом оптимизм помогает налаживать взаимоотношения с людьми, пессимизм же затрудняет их.

Для оценки агрессивности использовалась экспресс методика тест А. Ассингера (3), которая основана на определении трёх типов личности: агрессивных, излишне агрессивных и миролюбивых. Данный тест позволяет определить, достаточно ли человек корректен в отношении с окружающими и легко ли общаться с ним. Для большей объективности ответов проводилась

Репозиторий ГрГМУ

не только оценка, но и взаимооценка, когда коллеги отвечали на вопросы друг за друга. Это позволяло понять, насколько верна их самооценка.

Результаты и их обсуждение.

В результате проведенного исследования по хронотипу было выявлено доминирование индифферентного типа, который составил 62% от количества обследованных, вечерний тип 26% и утренний тип – 12% (таблица 1).

Таблица 1 - Количественное соотношение хронотипов

Хронотип	Количество человек	% от общего количества
Утренний	10	12
Индифферентный	51	62
Вечерний	21	26

По данным тестирования по определению положительных и отрицательных свойств свойств личности преобладали реалисты 56%, оптимисты – 11% и пессимисты -33%. Однако в зависимости от хронотипа наблюдалось некоторые количественные различия последних (таблица 2).

Таблица 2 - Количественное соотношение оптимистов, реалистов и пессимистов у разных хронотипов

Хронотип	Реалисты		Оптимисты		Пессимисты	
	кол-во человек	% от общего к-ва реалистов	кол-во человек	% от общего к-ва оптимистов	кол-во человек	% от общего к-ва пессимистов
Утренний	2	4	4	45	4	15
Индифферентный	32	70	3	33	16	59
Вечерний	12	26	2	22	7	26

Анализируя вышеуказанные данные, видно, что среди вечернего типа - 26% реалистов, индифферентного типа – 70% и утреннего типа – 4%. Оптимистов среди студентов было меньше всего - 11%. Причём больше всего оптимистов было среди утреннего типа 44% и меньше всего у вечернего типа – 22%, а у индифферентного типа -33%. Пессимисты в количественном плане занимали промежуточное положение между реалистами и оптимистами и составили 33%. При этом распределение их у разных хронотипов было следующим: у утреннего тип - 15% пессимистов, индифферентного типа 59% и вечернего типа – 26%.

По данным тестирования по определению агрессивности, среди студенток девушек преобладали лица со склонностью к агрессивности 53%, миролюбивых студентов – 35%, а излишне агрессивных – 12%. Однако в зависимости от хронотипа наблюдалось некоторые количественные различия последних (таблица 3).

Репозиторий ГГМУ

Таблица 3 - Количественное соотношение миролюбивых и агрессивных студентов у разных хронотипов

Тип	Утренний («жаворонки»)		Индифферентный («голуби»)		Вечерний («совы»)	
	кол-во человек	% от общего к-ва «жаворонков»	кол-во человек	% от общего к-ва «голубей»	кол-во человек	% от общего к-ва «сов»
Миролюбивый	2	20	23	45	4	23
Агрессивный	7	70	20	39	16	20
Излишне агрессивный	1	10	8	16	1	5

В частности большинство лиц индифферентного типа имело миролюбивый характер - 45%, агрессивный – 39%, излишне агрессивный – 16%. Представителей утреннего типа было меньше всего 12% (таблица 1). Причём у большинства лиц этой группы отмечалась очень высокая агрессивность - 70%, миролюбивых - 20% и излишне агрессивных - 10%. Вечерний тип по количеству лиц занимал промежуточное положение 26%. Причём среди данной категории лиц также как и утреннего типа преобладали лица склонные к агрессивности - 76%, миролюбивых - 19%, излишне агрессивных – 5%.

По результатам анкетирования студентов по определению успеваемости, установлено, что среди студентов девушек, относящихся к утреннему типу 90% имели среднюю успеваемость, низкую только 10%, а с высокой успеваемостью отсутствовали. У индифферентного типа количество студентов с высокой успеваемостью возросло до 21%, а с средней и низкой уменьшилось соответственно до 70% и 7%. У вечернего типа было самое большое количество студентов с высокой успеваемостью 33%, но при этом довольно много было студентов с низкой 28% и с средней успеваемостью 38% (таблица 4).

Таблица 4 – Успеваемость среди разных хронотипов

Тип	Утренний («жаворонки»)		Индифферентный («голуби»)		Вечерний («совы»)	
	кол-во человек	% от общего к-ва «жаворонков»	кол-во человек	% от общего к-ва «голубей»	кол-во человек	% от общего к-ва «сов»
низкий	1	10	4	7	6	28
средний	9	90	36	70	8	38
высокий	-	-	11	21	7	33

Выводы.

Таким образом, утренний тип в большинстве случаев характеризовался умеренной агрессивностью. Среди утреннего типа доминировали реалисты (40%), но при этом в сравнительном плане среди данного типа отмечается самый высокий процент оптимистов (30%), что свидетельствует о более

Репозиторий ГГМУ

высокой стрессоустойчивости последних. С нашей точки зрения данные качества утреннего типа способствовали тому, что подавляющее их большинство (90%) имело среднюю успеваемость. Отсутствие среди них студентов с высокой успеваемостью, по всей видимости связано с несоответствием начала занятия их биологическим ритмам, когда для утреннего типа начало занятий является поздним.

Среди студентов индифферентного типа преобладали лица с миролюбивым характером (45%), при этом доминировали реалисты и в сравнении с утренним типом возросло количество лиц с высокой успеваемостью 21% и стало несколько меньше лиц с низкой успеваемостью. У вечернего типа был самый большой процент лиц с умеренной агрессивностью и меньше всего оптимистов, студентов с высокой успеваемостью наблюдалось больше всего среди вечернего типа.

Следовательно, индивидуальные особенности организации сна однозначно влияют на успеваемость студентов. Что касается отрицательных и положительных свойств личности, а также агрессивности то чёткой связи их с индивидуальными особенностями организации сна установлено не было, так как по всей видимости выше указанные качества определяются генотипом и воспитанием.

Литература

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов / В.А. Бодров. – М.. ПЕР СЭ, 2001 – 511 с.
2. Данилова Н.Н. Психофизиология: учебник/ Данилова Н.Н. - М.: Аспект Пресс, 2012. - 368 с.
3. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. — СПб.: Питер, 2009. — 576 с.
4. Сычёв, О.А. Психология оптимизма: учебно-методическое пособие к спец-курсу / О.А. Сычев; Бийский пед. гос. ун-т им. В. М. Шукшина. – Бийск : БПГУ им. В. М. Шукшина, 2008. – 69 с.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Г. И. Заборовский, М. С. Мороз

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Уровень и состав госпитализированных пациенток в специализированный стационар позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую гинекологическую заболеваемость женского населения. Целью данного исследования являлось изучение причин и структуры госпитализированной заболеваемости по поводу болезней органов малого таза у женщин.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 196 женщин, лечившихся в гинекологическом отделении стационара. На специально разработанную статистическую карту проведена выкопировка интересующих данных из «Медицинских карт стационарного больного».

Полученные результаты. Состав госпитализированных в основном представлен лицами, проживающими в городской местности (79,0%), а 21,0%

Репозиторий ГГМУ

– жительницы села. Среди лечившихся немногим более четверти (27,0%) – не работали, в большинстве своем по причине достижения пенсионного возраста (63,0%). У 39,0% преобладал физический труд, у 28,0% – умственный и в 6,0% – смешанный тип труда. Важную роль в оценке здоровья и качества жизни женщин играет уровень образования в связи с различиями в медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения. Основная часть обследованных женщин имела средне-специальное (49,0%) и общее среднее (26,0%) образование, остальные – высшее (25,0%).

Проведенное исследование показало связь уровня госпитализации с возрастом. Вступление в детородный период, а также начало трудовой деятельности (20-29 лет) сопровождается резким увеличением числа госпитализируемых (в 7,7 раза) относительно подросткового возраста. В целом гинекологическая заболеваемость, формируясь в возрастной группе 25-29 лет (24,0 случая на 100 обследуемых), незначительно снижаясь, сохраняет этот уровень на протяжении всего плодовитого периода. В дальнейшем наблюдается рост числа госпитализируемых в пенсионном возрасте преимущественно за счет фибромиом матки, полипов, опущений и выпадений влагалища и матки.

Структура гинекологической заболеваемости, сопровождавшейся госпитализацией, характеризуется преобладанием в молодых возрастах воспалительных болезней, а с увеличением возраста – повышается значимость невоспалительной патологии. Основной патологией, явившейся причиной госпитализации в гинекологический стационар, были невоспалительные болезни женских половых органов (60,5%), в структуре которых превалировали опущения, выпадения матки и влагалища (29,5%), кисты яичников (28,4%), аномальные кровотечения из матки и влагалища (20,0%). На последующих позициях по частоте госпитализации расположились доброкачественные новообразования матки (21,0%), воспалительные болезни женских тазовых органов (10,2%). Последняя группа на 93,8% сформирована за счет сальпингитов и оофоритов.

Особенностью исследуемого контингента является значительное количество сопутствующих заболеваний, которые имелись почти у каждых двух из трех госпитализированных (64,0%). В среднем на каждую женщину приходилось по 1,2 сопутствующих заболеваний, причем около трети данной патологии (30,3%) представлена болезнями женских половых органов, остальные – экстрагенитальные заболевания (69,7%). Среди последних превалируют болезни системы кровообращения (43,1%), органов пищеварения (13,0%), дыхания (4,7%), мочеполовых органов (3,3%), эндокринной системы (3,3%) и прочие (2,3%). Сопутствующая патология у 32,0% женщин диагностирована в виде одного заболевания, 17,0% – два, у 9,0% – три, у 6,0% – четыре и более. Учет сопутствующих болезней женской половой сферы и заболеваний, послуживших причиной госпитализации, позволило определить показатель гинекологической заболеваемости в 161,0 случая на 100 госпитализированных женщин.

Репозиторий ГрГМУ

Продолжительность пребывания женщин в гинекологическом стационаре в среднем составляет 8,6±0,9 дня. Этот срок варьирует в пределах от 2,0±0,1 дня при полипах цервикального канала до 11,2-11,4 дня при разрывах кисты яичника, фибромиомах матки, опущениях внутренних половых органов (p<0,05). Продолжительность лечения у неработающих в 1,2 раза выше, чем у работающих (p<0,05). Средний срок одного случая нетрудоспособности у работающих равен 8,1 дня, а число дней нетрудоспособности у госпитализированных – 806,8 дня на 100 работающих.

В стационаре всем пациенткам проведены лабораторные, а 79,0% – инструментальные исследования. Однако, согласно экспертной оценке, в 7,2% случаев лабораторные и 3,6% случаев инструментальные исследования неадекватны и несвоевременны. Кроме того, часть исследований была выполнена не в полном объеме (6,1% – лабораторные и 6,3% – инструментальные).

Выводы. Таким образом, полученные материалы позволили установить уровень, структуру гинекологической патологии, состав госпитализированных в зависимости от возраста, образования, места жительства, характер сопутствующей патологии, что может быть использовано при разработке мероприятий по своевременному выявлению, лечению и профилактике гинекологических заболеваний.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СКОЛИОЗА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ГРОДНО, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ПРОФИЛАКТИКИ

О. В. Заяц

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В современном мире состояние здоровья подрастающего поколения является актуальной проблемой. Одним из наиболее значимых вопросов является проблема состояния опорно-двигательного аппарата, в частности, позвоночника и недостаточный объем знаний по проведению профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний позвоночника. Наиболее распространенным заболеванием позвоночника, начиная с раннего возраста, является сколиоз. Сколиоз – это боковое искривление позвоночника, возникает в детском подростковом возрасте. Причины сколиоза: травмы, врожденные изменения, параличи, дисплазии и др. Различают сколиозы по их локализации: шейный, шейно-грудной, грудопоясничный, поясничный, пояснично-кресцовый и тотальный. Искривление может иметь одну дугу (С-образный сколиоз), 2 дуги (S-образный сколиоз) и более (несколько вершин). Сколиоз обязательно сопровождается поворотом тела позвонка в выпуклую сторону, что приводит к появлению мышечного валика в поясничном отделе и реберного горба в грудном отделе [1]. Серьезность проблемы нарушений осанки у детей и подростков обусловлена тем, что без своевременной коррекции статические

Репозиторий ГрГМУ

деформации становятся предрасполагающим фактором для развития структурных изменений в позвоночнике и заболеваний внутренних органов, являющихся причиной снижения или потери трудоспособности в зрелом возрасте. К профилактическим мероприятиям относят: рациональное физическое воспитание, с использованием специальных физических упражнений, которые позволяют гармонически развивать все мышечные группы организма; оптимальное питание; обучение школьников, учителей, родителей основам здорового образа жизни. Физические упражнения стимулируют обмен веществ, тканевой обмен, эндокринную систему, повышают иммунобиологические свойства, ферментативную активность, способствуют устойчивости организма к заболеваниям, нормализующее влияние и формируют компенсаторные функции.

Цель. Изучение первичной заболеваемости детей, посещающих учреждения общего среднего образования г. Гродно; определение направления коррекционной работы по профилактике сколиоза.

Методы и материалы. По данным периодических медицинских осмотров проведена оценка первичной заболеваемости 35083 детей, посещающих учреждения общего среднего образования г. Гродно. Полученные результаты обработаны с использованием программного пакета Statistica 6.0.

Результаты. Среди школьников г. Гродно выявляемость такой патологии как сколиоз составила 34 на 1000 учащихся. Выявляемость данной патологии в разрезе классов следующая: в первых классах – 4 случая на 1000 учащихся, во вторых классах – 3 случая на 1000 учащихся, в третьих классах – 6 случаев на 1000 учащихся, в четвертых классах – 9 случаев на 1000 учащихся, в пятых классах – 16 случаев на 1000 учащихся, в шестых классах – 45 случаев на 1000 учащихся, в седьмых классах – 40 случаев на 1000 учащихся, в восьмых классах – 53 случая на 1000 учащихся, в девятых классах – 107 случаев на 1000 учащихся, в десятых классах – 107 случаев на 1000 учащихся, в одиннадцатых классах - 124 случая на 1000 учащихся, что указывает на рост данной патологии с увеличением школьного возраста. По данным Сквозновой Т.М. за 2008 год дети школьного возраста в России составляли 19,6 млн. или 68 % всего детского населения. Более половины из них имели функциональные нарушения, причем наиболее часто это наблюдалось среди старших подростков. Общая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет за последние 5 лет выросла на 12,5 %, в связи с заболеваниями костно-мышечной системы у детей - на 7,6 %. Частота нарушений осанки у детей перед поступлением в школу составила 97,3, а к окончанию школы – 113 на 1000 осмотренных [2, с.6], что подтверждает наши данные.

Выводы. Таким образом, с увеличением школьного возраста уровень первичной заболеваемости сколиозом возрастает среди школьников г. Гродно, что указывает на необходимость проведения профилактических мероприятий, начиная с раннего школьного возраста.

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1) Белая, Н.К. Лечебная физкультура и массаж :учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н.К. Белая. – М. :Издательский центр Москва «Советский спорт»,2001. – 132 с.
2) Сквознова, Т.М. Комплексная коррекция статических деформаций у подростков с дефектами осанки и сколиозами I и II степени : дис. … д-ра мед. наук : 14.00.51/ Т.М. Сквознова. – М.,2008. – 278 с.

ТАБАКОКУРЕНИЕ МАТЕРЕЙ И АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

В. Л. Зверко, А. И. Пальцева, С. Д. Лукашик, Т. В. Лисай, Ж. А. Косаренкова

УО "Гродненский государственный медицинский университет"
УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"

Проблемы репродуктивного здоровья нации всегда находятся в центре внимания в политике РБ. Успешно решаются задачи по социальной поддержке матери и ребенка в целях повышения рождаемости и рождения здоровых детей. Охрану и укрепление здоровья детей следует осуществлять с учетом здоровья матери, ее образа жизни, отношения к вредным привычкам, течения беременности и родов.

Курение в современном мире является одной из наиболее распространенных вредных привычек. По данным ВОЗ, ежегодно от вызванных табаком болезней умирают до 3,5 млн. человек. В России курят не менее трети женщин репродуктивного возраста; среди беременных число курящих на настоящий момент возросло до 52-55%, причем на протяжении всей беременности курят 20-25%. Рост частоты никотиновой зависимости среди беременных женщин делает актуальным изучение особенностей абстинентного синдрома (АС) и ранней адаптации новорожденного.

Цель исследования: выявить особенности ранней адаптации новорожденных от матерей, страдающих никотиновой зависимостью и определить тактику ведения детей с абстинентным синдромом в раннем неонатальном периоде.

Методы исследования: под наблюдением находились 50 пар "мать-новорожденный" от курящих матерей со стажем курения более 1 года (I гр.). Критериями исключения были дети от матерей, бросивших курить до беременности или во время беременности, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии и женщины с тяжелыми осложнениями беременности и наличием других видов зависимости (алкогольной, метадоновой). Группу сравнения (II гр.) 50 пар "мать-новорожденный" при отсутствии курения матери в анамнезе. Произведена выкопировка данных о течении беременности, родов и раннего неонатального периода путем анализа обменных карт, историй родов (Ф № 096/у) и медицинской карты новрожденного.

Общеклиническое обследование новрожденного включало:

Репозиторий ГрГМУ

- оценку физического развития по перцентильным таблицам;
- оценку неврологического статуса;
- комплексную оценку синдрома отмены никотина по модифицированной шкале L. Finnegan (2004) на протяжении раннего неонатального периода;
- ежедневные клинические осмотры детей.
- Лабораторное обследование включало:
- оценку уровня гликемии;
- общий анализ крови в 1, 3, 6 сутки;
- биохимический анализ крови.

Результаты исследования и обсуждение:

Нами не выявлено достоверных различий в социальном портрете курящих и некурящих рожениц: одинаково часто в обеих группах были женщины замужние и одинокие, уровень образованности составил – высшее 56% и 48%, p>0,05; среднее - 40% и 48%, p >0,05; базовое – 4% и 4%, p>0,05, соответственно. В группе сравнения преобладали женщины, проживающие в городах (88% и 74%,соответственно, p<0,05). Изучен акушерско-гинекологический анамнез женщин и выявлено, что в I-й группе достоверно чаще беременность была осложнена угрозой прерывания: в 1-й половине (34% и 16%, соответственно, p<0,05) и во 2-й половине (56% и 22%, соответственно, p<0,05). Курящие беременные достоверно чаще болели ОРЗ в II-й половине (68% против 24%). Инфекции МВП, ЭДЗ одинаково часто встречались у матерей. У женщин, страдающих никотиновой зависимостью чаще встречались околоплодные воды, окрашенные меконием. Следует отметить, что слабость родовых сил одинаково часто встречалась в обеих группах (24% и 24%, соответственно, p >0,05). Достоверных отличий по осложнениям в родах и по методе родоразрешения между курящими и некурящими женщинами не выявлено. По сроку гестации новорожденных обеих групп не имели достоверных различий: 37-40 недель 88% и 94%, соответственно; 30-36 недель 8% и 6%,соответственно; менее 30 недель 4% и 0%, соответственно. Средние оценки по шкале Апгар на 1-й минуте 7,8 ± 0,7 баллов и 8,5 ± 0,6 баллов. На 5-й минуте 8,8 ± 0,7 баллов и 8,9 ± 0,6 баллов. Состояние при рождении расценено как удовлетворительное у 10% I –ой группы и 90% II- ой группы, средней степени тяжести у 50% I группы и 50% II группы. Комплексная оценка физического развития детей показала, что только ≈ 42 % детей основной группы имели среднее физическое развитие в то время как в группе контроля – 88%, p<0,05. Достоверно чаще среди новорожденных от матерей, страдающих никотиновой зависимостью встречаются маловесные и дети с недостаточностью питания (58% и 12%, соответственно, p<0,05,). У детей I группы стигмы дизэмбриогенеза: седловидный нос, голубые склеры, короткий рото-носовой фильтр, тонкая кайма губ, короткая уздечка языка, широкая переносица, дисплазия ушных раковин, в 3 раза чаще выявлялись у новорожденных I-ой группы. Анализ особенностей ранней неонатальной адаптации показал, что у детей I группы достоверно чаще диагностирована хроническая внутриматочная гипоксия

Репозиторий ГрГМУ

(82% и 34%, соответственно, p<0,05), поражение ЦНС 48% и 6%, анемия 14% и 8%, РДС 20% и 8%, ВУИ 36% и 14%; абдоминальная дистензия 36% и 8%, неонатальные желтухи 44% и 30%. Клинические проявления возбуждения нервной системы имели место у новорожденных I-й группы в течение всего раннего периода постнатальной адаптации. У 57,3% новорожденных от матерей, страдающих никотиновой зависимостью, течение раннего неонатального периода осложнилось развитием абстинентного синдрома с 1-х суток жизни. Клинические проявления АС характеризовали гипервозбудимостью ЦНС (тремор, нарушение сна, выраженный рефлекс Моро), вегетативными расстройствами.

В общем анализе крови детей 1-ой группы выявлялось тенденция к полицитемии.

Выводы.

1. Женщины, страдающие никотиновой зависимостью не имеют особенностей социального положения: разницы в уровне образования, семейном положении, наличии работы со ЗВУР.
2. У курящих женщин рождение детей со ЗВУР в 5 раз чаще, чем у детей некурящих матерей.
3. Течение раннего неонатального периода характеризуется развитием абстинентного синдрома с преобладанием признаков гипервозбудимости у 58,2 % новорожденных.
4. Алгоритм диагностики табачного синдрома плода включает наличие ЗВУР, характерные фенотипические признаки абстинентного синдрома, что позволяет распознать табачную фетопатию и составить программу ранней реабилитации таких новорожденных.
5. С целью своевременного проведения профилактических мероприятий всех курящих беременных следует отнести в группу высокого риска по нарушению формирования фетоплацентарной системы и развитию перинатальных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ОТКАЗ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

В. И. Иванова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Минская декларация Европейской министерской конференции Всемирной организации здравоохранения провозгласила приверженность принципам охвата всех этапов жизни важнейшим шагом в реализации политики «Здоровье–2020» для улучшения здоровья и благополучия людей и социальной справедливости.

Особое значение реализация этих принципов имеет в профилактике неинфекционных заболеваний, вклад которых в смертность населения европейского региона является превалирующим.

Репозиторий ГрГМУ

Одним из важнейших направлений, имеющих основной вклад в формирование здоровья является формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) населения. Роль команды медицинских работников: участковых врачей, врачей-специалистов, фельдшеров, акушерок, медицинских сестер, диетологов, инструкторов ЛФК является во многом определяющей, так как население, несмотря на обилие информации в СМИ, массе литературы по ЗОЖ, предпочитает сведения, предоставляемые медицинскими работниками.

Ведущая роль по формированию ЗОЖ в этой команде принадлежит медицинским сестрам и фельдшерам, в обязанности которых входит такая работа. Овладению знаниями по обучению населения способствует подготовка руководителей сестринского дела по сестринской педагогике, осуществляемая в рамках повышения квалификации на курсе «Организация сестринского дела» БелМАПО.

Сестринская педагогика строится на основе медицинской этики и деонтологии, психологии делового общения, знании преимуществ и недостатков индивидуального и группового обучения, профессиональных знаний медицинской сестры. Для получения положительных результатов обучение должно быть научно обоснованным и четко организованным процессом.

Опираясь на определение начального уровня подготовки групп населения о здоровье и методах его укрепления, в зависимости от поставленной цели (первичная или вторичная профилактика) работа строится по принципу: знание-убеждение-действие. Задача медицинской сестры - повлиять на поведение человека, убедив усилить позитивные факторы, используя правильное питание, дозированную физическую нагрузку, соблюдение режима труда и отдыха; и избавиться от негативных факторов развития заболеваний: гиподинамии, курения, приема алкоголя, психоактивных веществ.

По мнению экспертов ВОЗ, отказ от табакокурения является наиболее эффективным и доступным средством профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Курение — ведущий фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), рака легкого.

Для помощи в отказе от курения вначале следует оценить никотиновую зависимость при помощи теста Фагерстрема. Как правило, выкуривание в день более 10 сигарет свидетельствует о наличии никотиновой зависимости, высокой вероятности синдрома отмены и, следовательно, о целесообразности назначения медикаментозной терапии для лечения никотиновой зависимости.

Для отказа от табакокурения необходимо преодолеть фармакологическую зависимость, которая развивается в связи с нейробиохимическими эффектами никотина, а также психологическую зависимость, обусловленную привычными действиями при курении. Употребление безникотиновых сигарет у некоторых курильщиков полностью компенсирует отказ от табакокурения и, несмотря на отсутствие никотина, позволяет избежать синдрома отмены.

Репозиторий ГрГМУ

При каждом обращении курильщика к медицинскому работнику, тот обязан рекомендовать ему отказаться от употребления табака. Основным стимулом к прекращению курения является забота о собственном здоровье.

Важно дать курильщику четкие рекомендации по прекращению курения, определить дату отказа от табака. Необходимо убрать убрал все предметы, связанные с курением с рабочего места, из дома; предупредить близких, коллег по работе о решении бросить курить.

В своей деятельности медицинские работники используют психологические приемы работы с населением:

Информация должна носить позитивный характер, быть ненавязчивой. Надо сосредоточиться на тех положительных эффектах, которые дает соблюдение здорового образа жизни.

Рекомендации по изменению поведения должны носить конструктивный, а не запрещающий характер.

Информация должна обладать определенной степенью новизны. Одинаково неблагоприятно как отсутствие новой информацией, так и ее избыток.

Эмоциональная окраска информации (фрагменты литературных произведений, мыслителей, философов) позволяет преодолеть психологический барьер восприятия.

Информация должна иметь конкретного адресата (возраст, пол, профессия, образовательный уровень), зависеть от его состояния здоровья.

Информация должна включать социально-трудовые рекомендации для человека. Потеря любимой профессии может явиться более сильным стрессом, чем сама работа.

Обращать внимание пациента на его индивидуальные особенности, предрасположенность к определенным заболеваниям.

Используя метод убеждения, средний медицинский работник с помощью логических аргументов сначала добивается от человека внутреннего согласия с необходимость ведения здорового образа жизни, а затем на этой основе формирует и закрепляет новые установки для изменения поведения.

По результатам исследования мотивации к курению экспертами ВОЗ установлено, что большинство курильщиков полагали, что курение оказывает расслабляющий эффект; 85% — использовали курение как поддержку при нервном напряжении; стимулирующий эффект от курения получали только 5% респондентов; потребность манипулировать сигаретой была отмечена в 3% случаев и психологическая зависимость — в 7%.

В случае, если человек рассчитывает на расслабляющий эффект, ему можно рекомендовать седативные фитопрепараты, успокаивающие средства, прогулки на свежем воздухе. Следует отказаться от употребления спиртных напитков, так как их прием ассоциируется с курением.

Если курение рассматривается как стимулирующее средство, можно заменить его чашкой чая, кофе, 10 приседаниями, небольшим перерывом у открытого окна.

Репозиторий ГрГМУ

В случае если курение служит для привлечения внимания, оно может выступать в качестве коммуникативного приема. Такие люди чувствуют себя социально-востребованными только когда курят, поэтому нуждаются в помощи и поддержке. При этом важно указать на внешние неприятные последствия курения – неприятный запах, ухудшение кожи, желтые пальцы.

Неудачными могут быть попытки бросить курить при нарушении принципа «ни одной затяжки в день»; при употреблении алкоголя в период отказа от курения; при присутствии курильщиков в окружении пациента.

Медицинским работникам важно организовать несколько встреч для закрепления эффекта отказа от курения, совместного обсуждения достигнутых результатов, обсуждения проблемных ситуаций.

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ И БЕЛОРУССКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ: СТРАТЕГИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ДО 2030 ГОДА

А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев

Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Россия

Международная ассоциация геронтологии и гериатрии является крупнейшей международной организаций, которая формирует теоретические представления и предоставляет практические рекомендации по дальнейшему развитию геронтологии и гериатрии в различных странах [1-4]. В 2013 году в состав этой влиятельной организации было принято Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение (БРГОО). Совместная активность данных организаций позволила разработать стратегию достижения здорового старения населения Беларуси до 2030 года, которая была обсуждена на собрании общественного объединения и прошедшей в его рамках международной конференции на базе Витебского областного исполнительного комитета в ноябре 2015 года [БЕЛТА, «Геронтологическое объединение Беларуси готовится к «Декаде здорового старения» 2020 – 2030 годов, 20.11.2015 года; газета Звязда, «Старость с радостью», 8 декабря 2015 года]. Принципиально новым аспектом поддержки людей старших возрастных групп является парадигма здорового старения, которая сменила парадигму активного долголетия.

Парадигма здорового старения подробно обсуждена Всемирной организацией здравоохранения в докладе «Старение и здоровье», вышедшем в 2015 году. В настоящее время рекомендуется уйти от термина «активное долголетие», который заменили на «здоровое старение». При этом «здоровое старение» не означает отсутствие заболеваний, в основе данного понятия находится понятие функциональной способности. Если схематически

Репозиторий ГГМУ

представить себе жизнедеятельность человека, то состояние его здоровья (статус) входит во взаимодействие со средой обитания (среда), а этим два компонента и формируют функциональную способность. Например, у пожилого пациента имеет место артроз тазобедренных и коленных суставов с ограничением их подвижности и болевым синдромом (гериатрический статус). В том случае, если среда обитания построена благоприятно, то есть пациент пользуется тростью при передвижении, в квартире нет скользких и неудобных покрытий, во дворе дома имеется безбарьерное пространство, а для дальних передвижений пациент пользуется машиной или скутером, то неудобства, связанные с заболеванием, не ощущаются. При этом пациент с остеоартрозом может быть в такой же степени мобилен, что и человек его же возраста, но без подобной патологии. То есть «здоровое старение» это с одной стороны – комплекс мер по лечению остеоартроза, с другой – такое приспособление среды, когда неудобства пациента, связанные с заболеванием, минимизированы. Иначе говоря – «здоровое старение» - это максимально возможный уровень функциональной способности, который можно достичь на стыке гериатрического статуса (состояние здоровья) и среды. В этой связи БРГОО на региональном уровне рекомендует следующие подходы до 2030 года: развитие терапевтической среды в учреждениях, в которых оказывается помощь пожилым гражданам; развитие гериатрической службы в системе здравоохранения на уровне современных представлений; информирование общества по вопросам геронтологии и гериатрии, начиная со школьного возраста, с целью создания среды, дружественной пожилым людям; развитие на современном уровне стационарных социальных учреждений, оказывающих помощь пожилым гражданам.

БРГОО подробно разработана и внедрена (на базе комитета по руду, занятости и социальной защиты Витебского облисполкома) концепция терапевтической среды. Под термином терапевтическая среда в наиболее широком смысле мы понимаем ту часть окружающей среды, которая непосредственно или косвенно оказывает любое воздействие на различные аспекты сущности пациента, находящегося в медицинских и социальных учреждениях с целью осуществления мероприятий профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих, а также наблюдения и ухода за ним. Значение терапевтической среды и опыт ее внедрения при участии БРГОО был обсужден в рамках методического совета Министерства по труду и социальной защиты Республики Беларусь в г.п.Луначарский в июне 2015 года.

До недавнего времени по отношению к лечению и реабилитации пациентов старших возрастных групп применялись общие принципы оказания помощи взрослым пациентам. Однако на протяжении последнего десятилетия в многочисленных исследованиях было показано, что пациенты в возрасте старше 65 лет имеют выраженные психофизиологические особенности, у них иначе, чем в среднем возрасте, протекают процессы фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов. У пациентов старческого возраста, то есть перешагнувших 75-летний рубеж,

Репозиторий ГрГМУ

цель и задачи медико-социальной помощи вообще иные по сравнению с пациентами среднего и пожилого возраста, они направлены на достижение, прежде всего, независимого функционирования и контроля собственного поведения. В связи с вышеизложенным, современная гериатрия коренным образом отличается от существующих традиционных подходов. В основе оказания помощи гериатрическому пациенту находится функциональный, синдромальный подходы, ориентированные на распознавание врачом особых возраст-зависимых синдромов. Таких синдромов насчитывается более 65, но основными (то есть наиболее распространенными и значимыми в плане сохранения и поддержания независимости) являются такие синдромы как мальнутриции (недостаточности питания), падения, синдром когнитивного дефицита и деменции, саркопения, снижение слуха и зрения, пролежни, инконтиненция (недержание мочи), нарушения стула и прочие. Совокупность данных синдромов приводит к развитию основного клинического состояния, которое ограничивает активность жизнедеятельности у пациентов старших возрастных групп – старческой астении (frailty), которая характеризуется снижением мышечной силы, потерей веса, значительным ограничением физической работоспособности и в целом жизненной силы. Для выявления указанных выше синдромов и старческой астении разработаны специальные методы, присущие преимущественно гериатрии – специальные, адаптированные для применения у пациентов старших возрастных групп опросники и шкалы, совокупность которых, примененная для выявления гериатрического статуса у одного пациента, получила название специализированный гериатрический осмотр (комплексная гериатрическая оценка, в англоязычной литературе – comprehensive geriatric assessment). Данная методика оценки гериатрического статуса является, по сути, пропедевтикой гериатрии, которой должен владеть врач любой специальности, работающий со взрослыми пациентами. Таким образом, к настоящему времени гериатрия обособилась как самостоятельная врачебная специальность, которая имеет свой терминологический аппарат, специфические методы обследования пациентов старших возрастных групп, соответственно, особые возраст-ориентированные подходы к лечению и реабилитации. БРГОО является сторонником широко внедрения специфических гериатрических подходов при оказании помощи пациентам старших возрастных групп, как в многопрофильных, так и в специализированных гериатрических учреждениях.

БРГОО внедряет обучение вопросам гериатрии людей разного возраста, включая подростков, в рамках чего провело ряд акций «Почувствуй себя пожилым» с применением специальных тренажеров, имитирующих гериатрические синдромы (ограничение передвижение, снижение остроты зрения, ухудшение слуха и пр.). Подобные акции нуждаются в систематизации и широком распространении, так как способствуют повышению культуры общества и преодолению эйджизма.

Для повышения качества реабилитации пожилых людей в стационарных социальных учреждениях БРГОО рекомендует выделять

Репозиторий ГрГМУ

следующие клинико-реабилитационные гериатрические группы [Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., 2016]:

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.

2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса.

2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.

2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.

3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса.

3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.

3.2. Терминальная стадия старческой астении.

Первая клинико-реабилитационная гериатрическая группа пациентов не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений.

Вторую клинико-реабилитационную гериатрическую группу составляют пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности и пациенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Третья клинико-реабилитационная гериатрическая группа – это пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. В свою очередь, они также делятся на две подгруппы: пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций и пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении).

Терапевтическая среда в стационарных социальных учреждениях строится дифференцированно в зависимости от клинико-реабилитационной гериатрической группы, но при этом рекомендовано внедрять базовые, т.е. общие основные мероприятия для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп.

Базовые мероприятия имеют цель - создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности пожилых людей путем использования всех компонентов среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на пациента, независимо от его возраста и гериатрического статуса. В целом при формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые или общие мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий, как для жизни, так и для

Репозиторий ГрГМУ

реабилитации пожилого человека, исключающие воздействие потенциально неблагоприятных факторов.

Совместная деятельность Международной ассоциации геронтологии и гериатрии и БРГОО позволила разработать стратегию достижения здорового старения населения Беларуси до 2030 года, внедрение которой с одной стороны повысит качество жизни людей старших возрастных групп, а с другой не потребует значительных материальных затрат. Ближайшим направлением деятельности БРГОО станет активное внедрение описанных выше подходов.

Литература

1) Ильницкий, А.Н. Специализированный гериатрический осмотр/ А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В.Ф.Купревича.- 2012.- № 4 – 5.- С. 66 – 84.
2) Прощаев, К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов - СПб.: «Прайм-Еврознак», 2007.- 778 с.
3) Руководство по геронтологии / под ред. В.Н. Шабалина.- Москва: «Цитадель-Трейд», 2005.- 796 с.
4) Espinoza, S., Walston, J. D. Frailty in older adults: insights and interventions/ S. Espinoza, J. D. Walston // Cleveland Clinic Journal of Medicine.- 2005.- № 72 (12).- P. 1105-1112.

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД 2000-2015 ГОДОВ

О. П. Касиян[1], Г. М. Ткаченко[2]

[1]Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого, Львов, Украина

[2]Поморский университет в Слупске, Институт биологии и охраны окружающей среды, Слупск, Польша

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее распространенной опухолью эндокринной системы [2, 5]. Статистика злокачественных новообразований (ЗН) в Украине на протяжении последних десятилетий свидетельствует, что темпы прироста РЩЖ значительно превышают показатели других онкологических заболеваний. Сейчас данная нозология составляет около 1,5-2% от всех ЗН [6, 7]. Кроме того, в последние годы прослеживается тенденция к росту заболеваемости этой патологией [1]. И хотя определенный процент роста заболеваемости связан с внедрением в клиническую практику современных методов обследования больных [8, 9], все же существуют данные о действительном росте заболеваемости РЩЖ, что обусловлено целым рядом факторов, в том числе и влиянием факторов окружающей среды. В современных радиационно-экологических условиях Украины, особенно после катастрофы на Чернобыльской АЭС, вопрос о распространенности РЩЖ стоит очень остро [4].

Репозиторий ГрГМУ

В последние годы уровень распространенности ЗН щитовидной железы среди населения Украины постоянно растет, и за период 2000-2012 гг. увеличился почти вдвое. Самый высокий уровень данной онкопатологии в пересчете на 100 тыс. населения в течение 2000-2012 гг. зафиксирован в Киевской области (77,0-167,3) и г. Киеве (81,9-167,5), а также в Винницкой (44,6-86,5), Днепропетровской (38,9-81,4), Запорожской (31,6-70,1), Херсонской (72,2-120,7) и Черниговской (38,9-86,4) областях. Самая низкая распространенность онкологии щитовидной железы установлен в Волынской, Закарпатской, Ивано-Франковской и Тернопольской областях [3].

В результате изучения динамики заболеваемости РЩЖ по материалам Национального канцер-реестра установлено неоднородный на территории Украины характер формирования этой онкологической патологии. Более высокие уровни заболеваемости отмечены в промышленных регионах, и особенно в сельскохозяйственных областях с интенсивным использованием пестицидов, что может свидетельствовать о этио-патогенетической роли вместе с общепризнанными факторами (йододефицитом, облучением), а также использованием других антропогенных факторов, которые могут не только непосредственно способствовать индуцированию опухолей, а, что более вероятно, модифицировать канцерогенез. Все эти вопросы требуют системного изучения путем проведения экологогигиенических, эпидемиологических и экспериментальных исследований [3,4].

Целью работы было изучение региональных особенностей распространения заболеваемости на рак щитовидной железы населения Украины за период 2000-2015 гг.

Оценку показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы проведено путем анализа статистических данных Национального канцер-реестра Украины за период 2000-2015 гг. [6, 7].

Анализируя динамику заболеваемости населения Украины на РЩЖ, следует отметить стойкую тенденцию к росту интенсивных показателей за период 2000-2015 гг. Так, в 2000 году уровень заболеваемости составлял 4,1, а в 2015 году - 7,7 на 100 тыс. населения (табл.). При этом, рост заболеваемости ЗН щитовидной железы среди мужского и женского населения Украины был примерно одинаковым, и составил приблизительно 1,9 раза.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица – Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы

Регионы (области) Украины	Заболеваемость в 2000 г.			Заболеваемость в 2015 г.			Степень роста заболеваемости (разы)		
	Все	Муж.	Жен.	Все	Муж.	Жен.	Все	Муж.	Жен.
Украина	4,1	1,5	6,3	7,7	2,9	11,9	1,9	1,9	1,9
Винницкая	4,9	2,2	7,2	14,3	5,4	21,9	2,9	2,5	3,0
Волынская	2,2	1,4	2,9	2,7	1,0	4,2	1,2	0,7	1,4
Днепропетровская	4,8	1,3	7,8	5,7	2,1	8,8	1,2	1,6	1Д
Донецкая	3,3	1,4	4,9	-	-	-	-	-	-
Житомирская	4,6	2,0	6,8	8,0	3,3	12,2	1,7	1,6	1,8
Закарпатская	1Д	0,2	2,0	1,1	0,3	1,8	1,0	1,5	0,9
Запорожская	3.0	1,5	4,2	7,9	2,5	12,5	2,6	1,7	3,0
Ив.-Франковская	1,7	1,0	2,2	3,8	1,7	5,8	2,2	1,7	2,6
Киевская	9,9	2,7	16,0	11,7	4,6	17,7	1,2	1,7	1,1
Кировоградская	2,3	0,8	3,7	15,8	3,4	26,4	6,8	4,2	7,1
Луганская	2,5	1,0	3,7	-	-	-	-	-	-
Львовская	4,1	0,8	7,1	5,0	2,2	7,5	1,2	2,7	1,0
Николаевская	2,3	0,3	4,0	5,5	2,8	7,8	2,4	9,3	1,9
Одесская	4,2	1,9	6,2	4,5	1,9	6,9	1Д	1,0	1,1
Полтавская	3,3	1,6	4,8	6,7	2,1	10,5	2,0	1,3	2,2
Ровненская	2,6	0,7	4,4	4,1	1,1	6,9	1,6	1,6	1,6
Сумская	3,3	1,3	5,0	14,2	5,5	21,5	4,3	4,2	4,3
Тернопольская	1,6	0,9	2,3	4,7	2,2	6,9	2,9	2,4	3,0
Харьковская	3,4	1,2	5,3	5,6	1,5	9,1	1,6	1,2	1,7
Херсонская	5,7	2,8	8,3	10,6	5,7	14,9	1,8	2,0	1,7
Хмельницкая	2,1	0,7	3,2	5,6	0,3	10,2	2,7	0,4	3,2
Черкасская	2,0	1,1	2,8	10,5	3,3	16,5	5,2	3,0	5,9
Черновецкая	1,3	0,0	2,4	6,2	1,6	10,2	4,8	1,6	4,2
Черниговская	5,5	3,8	7,0	6,7	2,5	10,1	1,2	0,6	1,4
г. Киев	13,1	4,7	20,7	15,5	7,2	22,7	1,2	1,5	1,1
АР Крым	2,7	1,0	4,1	-	-	-	-	-	-

Современный уровень онкопатологии щитовидной железы в Украине имеет существенные региональные отличия. Согласно статистическим данным за период 2000-2015 гг. заболеваемость на РЩЖ увеличилась во всех областях, а самые высокие показатели наблюдались в г. Киеве и Киевской обл. (13,1-15,5 и 9,9-11,7 на 100 тыс. населения соответственно), а также в

Репозиторий ГрГМУ

Винницкой, Днепропетровской, Житомирской, Запорожской, Кировоградской, Сумской, Херсонской и Черкасской обл. (4,9-14,3; 4,8-5,7; 4,6-8,0; 3,0-7,9; 2,3-15,8; 3,3-14,2; 5,7-10,6; 2,0-10,5 на 100 тыс. населения, соответственно). Наивысшая степень роста заболеваемости на данную онкопатологию наблюдается в Кировоградской области (6,8 раза). Средние показатели заболеваемости на РЩЖ среди всего женского населения Украины за исследуемый период были примерно в 4 раза выше чем мужского. Таким образом, рост заболеваемости на ЗН щитовидной железы происходит в основном за счет женского населения регионов Украины. Хотя, некоторые области отличаются большим ростом заболеваемости на РЩЖ среди мужского населения. Например, в Николаевской области этот показатель составил 9,3 раза, а в Кировоградской и Сумской - 4,2 раза.

Таким образом, анализ показателей заболеваемости на РЩЖ за последние 15 лет показал стойкую тенденцию к их росту, а также существование региональных отличий, а именно высокие уровни заболеваемости в промышленных восточных регионах Украины. Определено также высшие показатели заболеваемости среди женского населения в сравнении с мужским, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

Литература

1) Бернштейн Л.М. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы / Л.М. Бернштейн // СПб: Наука, 2004. - 343 с.
2) Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы / Е.А. Валдина // Петербург, 2006. - 264 с.
3) Касиян О.П. Риск возникновения рака щитовидной железы в регионах с различными уровнями распространенности аутоиммунного тиреоидита и тиреотоксикоза / О.П. Касиян // Гигиена населенных мест. - 2015. - № 65. - С. 119-123.
4) Мужичук О.В. Рак щитовидной железы и особенности фоновой тиреоидной паренхимы (двадцатипятилетнее исследование) / О.В. Мужичук, Н.И. Афанасьева, В.В. Мужичук // Вестник Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина.- 2009. - № 855. Сер.: Медицина. - Вып. 17. - С. 39-46.
5) Плешков В.Г. Проблемы ранней диагностики и лечения рака щитовидной железы / В.Г. Плешков, С.В. Коренев, В.В. Тугай // Российский онкологический журнал. - 2002. - №5. - С.49-55.
6) Рак в Украине, 1998-2000. Заболеваемость, смертность, показатели деятельности онкологической службы / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, С.Л. Горох и др. // Бюлетень национального канцер-реестра Украины. - № 2. - К., 2001. - 115 с.
7) Рак в Украине, 2014-2015. Заболеваемость, смертность, показатели деятельности онкологической службы / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, С.Л. Горох и др. // Бюлетень национального канцер-реестра Украины. - № 17. - К., 2016. - 96 с.
8) Степанов С. О. Диагностическая ценность пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука // С.О. Степанов, В.В. Ратушная // Сб. мат. Всероссийского конгреса лучевых диагностов «Радиология 2007», 6-8 июня 2007, г. Москва, 2007. - С. 163-164.
9) Фадеев В.В. Узловые образования щитовидной железы международные алгоритмы и отечественная клиническая практика / В.В. Фадеев // Лучевая диагностика, лучевая терапия. -2002,-№4.-С. 7-12.

Репозиторий ГрГМУ

МНОГОДЕТНОСТЬ – БЛАГОПОЛУЧИЕ ИЛИ ПРОБЛЕМА

Н. А. Касперчук

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одна из актуальных проблем нашей страны – отрицательный прирост населения. С 2001 года численность населения страны ежегодно уменьшалась примерно на 50 тыс. человек, в государстве сложился регрессивный тип возрастно-половой системы.

Данная социально-демографическая ситуация страны требует коррекции, и одним из основных путей решения этой проблемы является увеличение числа рождений, поощрения многодетных семей и укрепление здоровья воспитывающихся в них детей.

Многодетной семьей считается семья, в которой имеется трое или более детей, т.е. многодетная семья – семья, в которой родились и (или) воспитываются трое и более детей (в том числе усыновленные, а также пасынки и падчерицы) до достижения ими возраста 18 лет. В составе многодетной семьи не учитываются дети, находящиеся на полном государственном обеспечении, и дети, в отношении которых родители лишены родительских прав или ограничены в родительских правах.

После внедрения государственных мероприятий за последнее пятилетие в стране увеличилась рождаемость, в большей степени за счет рождения третьего и последующих детей. Выросло число многодетных семей. Все многодетные семьи распределены на три категории:

- семьи, многодетность в которых запланирована (например, в связи с национальными традициями, религией, культурно-идеологическими позициями, традициями семьи);
- семьи, образовавшиеся в результате второго и последующих браков матери (отца), в которых рождаются новые дети;
- неблагополучные многодетные семьи. Чаще всего отмечаются у родителей, ведущих асоциальный образ жизни: алкоголики, безработные, психически неполноценные, где дети часто являются средством для получения материальной и натуральной помощи. В таких семьях родители имеют более низкий образовательный уровень и социальный статус.

И что огорчает: доля многодетных семей третьей категории больше выше перечисленных. Сложный психологический климат в семье, как правило, влияет на здоровье детей. Дети из таких многодетных семей особенно часто нуждаются в помощи, реабилитации, страдают от болезней и недоразвития. В случае утраты родительского попечения их судьбу особенно трудно устроить, т. к. семейное законодательство препятствует разделению детей из одной семьи, а усыновить 3-7 детей разного возраста и разной степени социальной дезадаптации далеко не всегда возможно. Можно проследить прямую зависимость здоровья детей от здоровья родителей.

В неблагополучных семьях отмечается низкий показатель систематического наблюдения за детьми, поздняя обращаемость в случае заболевания, самолечение, неудовлетворительная диспансеризация и «охват»

Репозиторий ГрГМУ

другими специалистами, недостаточное санаторно-курортное лечение. Имеются данные о заболеваемости детей в зависимости от порядкового номера рождения ребенка – вероятность влияния пренатальных факторов, начиная с 4-го ребенка, показатель общей заболеваемости – выше.

Дети первых 3-х порядков рождения более длительный срок находятся на грудном вскармливании, но страдают режим и качество питания. В структуре заболеваемости детей на 1-ом месте стоят заболевания органов дыхания, на 2-ом – нарушения питания, обмена веществ, на 3-ем – заболевания нервной системы, органов зрения. Отмечается высокий уровень заболеваний центральной нервной системы у детей высоких порядков рождения: задержка нервно-психического развития, олигофрения различной степени, неврозы. Подростки имеют здоровье ниже средних показателей.

Из вышесказанного можно сделать следующее заключение, что увеличить численность населения – это одна задача, а вот чтобы будущее поколение росло здоровым сделать гораздо сложнее.

Литература:

1. http://belsmi.by/news/society/11115/
2. http://revolution.allbest.ru/sociology/00284862_0.html
3. http://ru.novabelarus.com/belarus-segodnia/demograficheskaya-situatsiya-v-belarusi/
4. http://www.bestreferat.ru/referat-214685.html
5. http://www.dissercat.com/content/mnogodetnye-semi-obraz-zhizni-zdorove-detei-sotsialnaya-zashchita-kompleksnoe-sotsiologiches

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ ШКОЛЬНИЦЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Н. В. Качук, С. А. Гарбуз, Л. В. Гутикова

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: Материнство в школьном возрасте это проблема и семьи и школы. В то же время, недостаточно изученным остается вопрос о взаимосвязи психоэмоционального статуса юной беременной на течение беременности, родов и послеродового периода.

Цель: Изучение особенностей анамнестических данных, течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин для разработки оптимальных методов ведения гестации, родоразрешения и профилактики осложнений.

Методы исследования: Изучены анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода у 66 юных мам, родоразрешенных в перинатальном центре в течение последних 5-и лет (20011-2015 годы). Для сравнения нами было сформировано две группы: контрольная- 34 пациентки, беременность которых протекала без осложнений, и основная – 32 родильницы с осложненным течением беременности. Оценивая особенности течения родов, рассмотрены

Репозиторий ГрГМУ

следующие показатели: срок наступления родов, предлежание плода, способ родоразрешения, кровопотерю в родах. В послеродовом периоде всем юным родильницам дополнительно к обязательному клиническому обследованию проводилось клинико-психологическое изучение эмоционально-психической сферы. Использовались стандартные методики: САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера-Ханина (уровень личностной и ситуационной тревоги), тест Зунга (глубина депрессии).

Результаты: на момент госпитализации в ПЦ 68% пациенток состояли в браке, 22% готовились к вступлению в брак, и 6 родильниц скрывали факт беременности, и отца ребенка не указывали. 87,8% пациенток имели незаконченное среднее образование. Следует отметить, что только 9 женщин не имели нарушений в соматическом статусе. Отягощенный гинекологический анамнез имели 10% женщин. По паритету беременности у 60 женщин беременность первая, у 6 – вторая. Роды у всех первые. Проанализировав сформированные группы, были получены следующие данные: в контрольной группе все юные беременные на момент госпитализации состояли в браке, встали на учет по беременности до 12 недель – 50%, до 22 недель -35%, и 15% в более поздние сроки. В этой группе все беременные наблюдались у психотерапевта: 50% в условиях женской консультации, 30% посещали школу молодой матери, и 20% пациенток прошли подготовку к родам с участием психотерапевта в ПЦ. Все пациентки из этой группы родили в срок. В основной группе из 32 юных беременных у 16 пациенток имела место угроза прерывания беременности. Гестоз имел место у 4 женщин; многоводие у 1 пациентки; ФПН – у 7, анемию беременных имели 10 пациенток. В этой группе на учет по беременности до 12 недель встали только 5%, до 22 недель - 45%, и 44% в более поздние сроки, а 2 пациентки не состояли на учете. Состояли в браке 34.3% пациенток, готовились к регистрации брака 47% беременных и 18.7% не называли отца ребенка. Консультированы психотерапевтом только 15%, причем 9% уже перед родами в ПЦ. Преждевременно родили 15% пациенток этой группы. Причиной преждевременных родов явилась психоэмоциональная нагрузка. У 64 беременных было головное предлежание плода, у 2 пациенток тазовое.

У 60 женщин роды протекали естественным способом (91%). Две юные роженицы родоразрешены в плановом порядке путем операции кесарево сечение по причине тазового предлежания плода. У 4 беременных кесарево сечение выполнено по экстренным показаниям, причем у 3 из основной группы. Объем кровопотери у большинства пациенток не превысил физиологического.

У 78% женщин послеродовый период протекал без осложнений, у 18% женщин была постгеморрагическая анемия, у 4% родильниц имела место субъинвалюция матки. 88% обследуемых женщин имели нарушения эмоциональной сферы различной степени выраженности. Необходимо отметить, что астеноневротические жалобы (слабость, вялость, утомляемость, нарушение сна, раздражительность) были зафиксированы у всех женщин в

Репозиторий ГрГМУ

послеродовом периоде. Клинически психоэмоциональные нарушения распределились следующим образом: жалобы фобического характера (тревога, напряжение, различные страхи, в том числе страх за своё здоровье и здоровье ребёнка) – 49 женщин, что составило 74 % от всех юных родильниц. Из них 15% родильниц высказывали страх общения с ребёнком – это 10 пациенток из основной группы. Жалобы депрессивного характера (подавленность, плаксивость, плохое настроение) – выявлены у 25% родильниц, все они из основной группы. У 12% родильниц эмоциональные нарушения отличалась минимальной выраженностью (контрольная группа).

Выводы:

1. Пациентки, беременность у которых наступила в школьном возрасте, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого психоэмоционального риска, консультироваться совместно с мужем (родителями) у психотерапевта.

2. При ведении данного контингента беременных необходимо соблюдение преемственности оказания акушерской гинекологической помощи и психоэмоциональной поддержки. Оптимальным является как можно более ранняя явка беременной в женскую консультацию, совместное наблюдение акушером гинекологом и психотерапевтом, совместно с партнером обязательное посещение занятий в школе молодой матери.

3. Необходима дородовая госпитализация не менее чем за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Н. В. Качук, Л. Н. Кеда, А. И. Пальцева, А. В. Русина

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Бесплодие является серьезной проблемой, с которой по данным ВОЗ сталкивается каждая шестая семья (до 15%). В РБ бесплодный брак составляет 15%. При частоте бесплодных браков 15% и более возникает социально-демографическая угроза страны. Наиболее эффективным современным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО). Однако, наряду с получением желанной беременности, большое значение имеет характер ее течения, особенности родов и послеродового периода, а также влияние процедуры на здоровье женщины.

Течение беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки характеризуется высокой частотой развития акушерской и перинатальной патологии.

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования – выявление особенностей анамнеза, проведение анализа течения беременности, родов и послеродового периода и оценка состояния новорожденных у женщин, перенесших процедуру ЭКО для разработки оптимальных методов ведения гестации и родоразрешения, профилактики осложенений.

Материал и методы: в Гродненском перинатальном центре за 2011-2015 годы родоразрешены 362 женщины, забеременевшие в результате ЭКО. Нами изучены акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у 105 из этих родильниц.

Результаты:

все женщины, прошедшие процедуру ЭКО состояли в браке.

80 (75,7%) - это жительницы города, 25 (24,2%) - сельские жительницы.

92 (87,8%) пациентки имели высшее образование.

Возраст беременных колебался от 25 до 48 лет, 70 женщин (66,6%) были в возрасте 31-35 лет.

У всех женщин общий и акушерско – гинекологический анамнез были отягощены.

Следует отметить, что только 9 женщин (8,6%) не имели нарушений в соматическом статусе.

100% женщин имели отягощенный гинекологический анамнез: аднекситом – (46,9%), эрозией шейки матки – (22,7%), хламидиозом – (7.5%), прооперированы по поводу внематочной беременности – (19%), врожденной агенезией придатков – (4,5%).

Из гинекологических заболеваний все женщины страдали бесплодием: первичным - 64 (60,6%), вторичным – 41 (39,4%). Длительность бесплодия к моменту экстракорпорального оплодотворения составляла от 3-х до 14 лет (7,5 ± 2,1 лет): до 5 лет – у 56, от 5 до10 лет – у 38, более 10 лет - у 11 пациенток. Мужской фактор бесплодия имел место 2,3% случаев. Эндокринная форма бесплодия имела место у 42 женщин, трубно-перитонеальная – у 46, сочетанная (2 и более факторов) -17.

У 54,6% женщин беременность наступила после первой попытки ЭКО, у 36,3% после второй попытки, у 9,1% после 3-4.

По паритету беременности у 45 (42,8%) женщин беременность ЭКО первая, у 36 (34,3%) - 2-я, у 15- (14.3%) - 3-я беременность, у 9 (8,6%) - 4-5 беременность.

У 82(78.8%) женщин – 1-е роды, у 22 (21,2%) - 2-е роды. У 1-й пациентки третьи роды.

Среди общего количества беременностей (n = 105) многоплодных – 41 (39%), одноплодных – 64 (61%) беременность.

Течение беременности без осложнений отмечено только у 6 (6%) женщин, соответственно, осложненное течение беременности наблюдалось у большинства женщин.

У 86 (82,1%) случаев имела место угроза прерывания беременности; ИЦН была диагностирована у 8 беременных (7,5%). Гестозом беременность

Репозиторий ГрГМУ

осложнилась у 25 женщин (26.2%); многоводием у 6 пациенток (6%); ФПН – у 14 (13%), анемию легкой степени имели 25 пациенток (24.2%), анемию 2 степени -7(6,6%).

Большинство женщин 84 (80%) родили в доношенном сроке. Преждевременными были роды у 17 пациенток (16.6%). Предлежание плодов в подавляющем большинстве случаев было головным. Только у 15 (14.2%) беременных наблюдалось патологическое предлежание плодов: у 6 – чисто ягодичное предлежание единственного плода, у 9 – поперечное или тазовое положение второго плода.

Основным способом родоразрешения была операция кесарева сечения 100 (95%). У 5 женщин роды протекали естественным способом (5%). Объем кровопотери при операции кесарева сечения и в родах через естественные родовые пути у большинства пациенток не превысил физиологического. Лишь у 3 женщин, родоразрешенных кесаревым сечением имело место кровотечение (900 - 1000 мл кровопотеря), причиной которого явились: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 1 случай, центральное предлежание плаценты- 2 случая.

5 случаев родов через естественные родовые пути имели особенности: у 3 пациенток причиной обращения к ЭКО послужило наличие бесплодия у мужа; акушерско-гинекологический анамнез существенно не отягощен; течение беременности довольно благоприятное, осложнялось угрозой выкидыша, ранним токсикозом, гестозом, ОРЗ; у всех пациенток беременность одноплодная, предлежание плодов было продольным, предлежащая часть – головка; у 4 пациенток роды произошли при доношенной беременности, у 1 роды наступили на 35-й неделе гестации; преждевременное излитие околоплодных вод возникло у 3; родовые пути были полностью подготовленными; длительность родового акта – физиологическая.

Вес доношенных детей находился в пределах от 2700 до 3750 г. У 99(94%) женщин послеродовый период протекал без особенностей, у 6-х (6.%) женщин имела место постгеморрагическая анемия.

За анализируемый период в перинатальном центре родилось 20224 новорожденных, из них 447 детей после ЭКО, что составило 2.2%. Из анализируемой группы от105 матерей родилось 147 детей, из них: 40 двоен, 1 тройня, и 64 ребенка от одноплодной беременности. Из них доношенными – 119(75,5%); недоношенными родилось 39 детей (24,5%), что в 3.5 превысило средний уровень по стационару. В нашем исследовании родилось девочек - 65%, мальчиков -35 %, что также выше среднего статистического уровня стационара. При оценке данных, относящихся к периоду ранней неонатальной адаптации у новорожденных после ЭКО, мы получили следующие результаты: среди доношенных детей все новорожденные родились без асфиксии. Максимальная убыль массы тела у доношенных детей в среднем приходилась на 3-й день жизни и составляла 6,2%. У недоношенных – на 4-й день жизни и составляла 7,3%. Данные показатели не отличались от общепопуляционных. Физиологическая гипербилирубинемия

Репозиторий ГрГМУ

наблюдалась у 58% доношенных и 40% недоношенных детей после ЭКО. Общая заболеваемость новорожденных после ЭКО составила 342‰ и была выше таковой у детей, зачатых в естественном цикле (278‰). У новорожденных после ЭКО наиболее частой патологией являлась задержка внутриутробного развития (32,6%); синдром дыхательных расстройств (16,2%), патологическая гипербилирубинемия и постгипоксические состояния встречалась чаще, чем у остальных детей. У одного ребенка выявлен врожденный порок развития.

Таким образом, особенностями течения беременности и родов после ЭКО следует считать:

1. Возраст большинства женщин составляет 31–35 лет.
2. Многоплодие после ЭКО наблюдается у 41%.
3. Осложненное течение беременности встречается в 94.2%, наиболее часто – угроза прерывания беременности (82,1%).
4. Преждевременные роды возникают у 16.6 % женщин.

Способом родоразрешения у 95% пациенток является операция кесарева сечения. Плановое кесарево сечение преобладает над экстренным.

Как следствие, состояние здоровья новорожденных после ЭКО отличается от общепопуляционных показателей: недоношенность – 24,5%; маловесность (менее 1,5 кг) – 6,2%; легкая асфиксия при рождении – 4,3%; общая заболеваемость, обусловленная в основном задержкой внутриутробного развития, а также синдромом дыхательных расстройств, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией, врожденными пороками развития, более чем в 2 раза превышает общую заболеваемость детей, зачатых в естественном цикле.

Выводы: в большинстве случаев процедура ЭКО выполнялась по причине первичного бесплодия, возраст рожениц превышал 31 год. Беременность после ЭКО чаще бывает многоплодной, протекает с угрозой прерывания, чаще заканчивается преждевременными родами. У новорожденных после ЭКО выше заболеваемость. В результате ЭКО рождается больше девочек.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ

М. И. Ковтун

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 им. проф. Л.Л.Гиршмана», Украина

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире 45 миллионов слепых и 135 миллионов слабовидящих, причем без неотложных мер по борьбе со слепотой, число слепых к 2020 году удвоится [3,4]. У 20 миллионов человек слепота обусловлена помутнением хрусталика, однако только около 10 миллионов больных получают своевременное хирургическое лечение и, в основном, это обеспеченные слои населения.

Репозиторий ГрГМУ

Катаракта является одним из наиболее распространенных заболеваний лиц пожилого и старческого возраста, поскольку развивается у 60-90% людей старше 60 лет [1-3]. Количество больных катарактой в мире постоянно увеличивается, что обусловлено старением населения, приводящим к увеличению численности лиц старше 60 лет, особенно в рамках возрастной группы от 80 лет [5,6]. Несмотря на увеличение объемов выполнения операций экстракции катаракты в мире [7,8], эта патология по-прежнему занимает доминирующее место в мировой структуре слепоты и слабовидения.

Современная стратегия реформы здравоохранения Украины охватывает шесть основных направлений: предоставление медицинских услуг, финансирование отрасли, управление отраслью, человеческие ресурсы, информатизация отрасли, а также использование новых технологий, товаров и лекарств. Особую актуальность в современных условиях имеет совершенствование специализированных видов медицинской помощи, являющихся наиболее затратной частью системы здравоохранения, причем не только для государства, но и для больных. Оптимальная модель организации медицинской помощи населению должна быть социальной, ориентированной, прежде всего, на больного.

Офтальмологическая помощь больным катарактой является высокотехнологичной, требует современного материально-технического обеспечения и значительных финансовых вложений. При современной социально-экономической ситуации в стране рост количества больных катарактой является результатом не только старения населения, но и следствием отсутствия у большинства нуждающихся финансовых возможностей для лечения.

Целью работы является медико-социальная характеристика больных катарактой.

Объект и методы исследования. Для реализации поставленной цели была разработана специальная анкета, содержащая три блока вопросов. Первый блок - касался социального статуса пациентов, их семейного и материально-финансового положения. Второй блок вопросов позволил выяснить роль факторов риска в развитии катаракты. Третий блок содержал вопросы медицинского характера, касающиеся соматической заболеваемости пациентов, их глазного статуса, типа катаракты и сроков обращения за офтальмологической помощью.

С использованием разработанной анкеты было проанкетировано 782 пациента с катарактой, из которых 261 (33,4%) мужского пола и 521 (66,6 %) – женского. Можно отметить, что наиболее многочисленными были возрастные группы от 61 до 90 лет (83,8% от всех пациентов), причем самая большая по объему группа пациентов находилась в возрастном интервале от 71 до 80 лет (44,9% от всех пациентов). Полученные результаты согласуются с современными представлениями о катаракте, как о заболевании пожилого и старческого возраста.

Результаты и их обсуждение. Обработка результатов анкетирования больных с катарактой позволила установить, что 80% опрошенных (627

Репозиторий ГрГМУ

человек) являлись жителями города и только 20% (155 человек) – сельскими жителями. Эта ситуация объясняется не более низкой заболеваемостью катарактой жителей села, а тем, что анкетирование проводилось в городской больнице. Разделение пациентов в профессиональные группы было следующим: 43% опрошенных были рабочими, 49% - служащими и только 8% - колхозниками.

Супруга имели 54% опрошенных, у остальных 46% - супругов не было. У 89% опрошенных были дети, у 11% - их не было. Проживало в семье 63,6% опрошенных, 36,4% - проживали самостоятельно. Маленькие дети в семье были у 12% опрошенных, у такого же количества пациентов в семье были тяжелобольные. Полученные в этом блоке анкеты результаты указывают на то, что почти половина пациентов не имеют супругов, но проживают в семьях с детьми, что позволяет им рассчитывать на помощь окружающих при снижении или потере зрения. Только небольшой процент пациентов имеет в семьях маленьких детей или тяжелобольных, что также указывает на возможность получения максимальной поддержки от родственников, поскольку они не заняты уходом за другими членами семьи.

На момент опроса хорошее материальное положение было только у 15% пациентов, удовлетворительное – у 70%, неудовлетворительным его считали 15% опрошенных. Анкетирование больных катарактой было проведено в течение 2013 - 2014 годов. В 2015 году, в связи с ухудшением социально-экономического положения в стране, эти результаты могут стать также хуже, что необходимо учитывать при разработке системы оказания помощи больным катарактой.

Второй блок анкеты касался факторов риска развития катаракты. Так, на семейную предрасположенность к катаракте указали 22% опрошенных, у остальных - в семье катаракты не было. Проживание в экологически опасной зоне отметили 8,4% опрошенных, остальные считают, что проживают в благоприятных экологических условиях. Только 14% опрошенных подтверждают длительное пребывание на солнце, а наличие у себя ультрафиолетового облучения отметили 5,4%. Других экологически неблагоприятных воздействий не отметил ни один опрошенный. Таким образом, на основании ответов на вопросы второго блока можно утверждать, что выделенные факторы не являются причиной возникновения катаракты у большинства опрошенных пациентов.

В третьем блоке анкеты представлены вопросы, касающиеся медицинской составляющей характеристики больных катарактой. Анализ анкет показал, что травмы (контузии) глаз встречались у 5,6% больных, высокая близорукость - у 12,8%, глаукома – у 17,8%, увеит – у 0,8% больных, заболевания сетчатки – у 9%, заболевания зрительного нерва – у 2,8% опрошенных. Таким образом, наиболее частой сопутствующей катаракте глазной патологией являются высокая близорукость и глаукома. Оба эти заболевания осложняют хирургическое лечение катаракты и могут приводить к развитию интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Репозиторий ГрГМУ

Оценка соматической сопутствующей заболеваемости показала, что наиболее часто у пациентов встречались гипертоническая болезнь (56,7%), ишемическая болезнь сердца (44,6%) и заболевания суставов (36,7%). Гипертоническая болезнь и ИБС, в определенной степени, могут провоцировать появление катаракты или усугублять ее течение, поскольку их наличие нарушает нормальное течение обменных процессов в организме.

Лечение заболеваний суставов в большинстве случаев проводят с использованием **глюкокорикостероидных препаратов.** Эти препараты обладают мощным противовоспалительным действием, однако при приеме внутрь, особенно в течение длительного времени, могут способствовать развитию серьезных осложнений, среди которых и катаракта.

Можно отметить, что курение и систематическое употребление алкоголя выявлено в небольшом проценте случаев, что не позволяет думать о токсической природе катаракты.

По виду катаракты проанкетированные больные распределились следующим образом: возрастная катаракта (старческая, сенильная) составила 93,9% от количества больных; осложненная катаракта – 2,2%; травматическая -1,8%, лучевая и токсическая, а также врожденная – по 0,26%; катаракта, вызванная общими заболеваниями – 1,4%.

По срокам обращения за медицинской помощью после постановки диагноза пациенты распределились следующим образом: в течение месяца в стационар поступило 15,4% больных; в течение 6-ти месяцев – 20,8%; от 6-ти месяцев до года – 20% больных; от года до трех лет – 26%; от трех до пяти лет – 8,6% больных и свыше пяти лет – 9,3% больных. То-есть в течение первого года с момента постановки диагноза катаракта получили хирургическое лечение 56,2% больных. Достаточно большой процент больных, которые продолжали жить с катарактой более года с момента постановки диагноза, связан с несколькими причинами. Прежде всего, люди не имели достаточной информации о последствиях такой задержки, что является упущением в работе поликлинических специалистов и отсутствием у больных доступа к современным источникам информации о катаракте. Вторым фактором является отсутствие финансовых возможностей для хирургического лечения, поскольку стоимость операции даже в государственной больнице очень большая для пенсионера. Первый блок анкеты показал, что основной контингент больных – люди глубоко пенсионного возраста, причем среди них 36,4% проживают одни. В этой ситуации больным приходится рассчитывать на помощь родственников или длительно собирать деньги на операцию. В современных условиях необходимо выработать такую систему оказания специализированной помощи больным катарактой, при которой малоимущие слои населения смогли бы ее получать.

Таким образом, проведенные исследования позволяют охарактеризовать медико-социальный статус больного катарактой следующим образом: типичный больной катарактой – это пациент, находящийся в возрастной группе старше 60 лет (чаще старше 70 лет),

Репозиторий ГомГМУ

имеющий детей и проживающий в семье. Материальное положение его среднее или хуже среднего, поэтому отсроченное обращение за хирургической помощью обусловлено, в большинстве случаев, отсутствием денег на операцию. Среди сопутствующей глазной патологии наиболее часто встречается глаукома и высокая близорукость, а среди соматической заболеваемости – гипертоническая болезнь, ИБС и заболевания суставов. Практически во всех случаях катаракта у пациента старческая.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке системы оказания помощи больным катарактой в рамках реформы здравоохранения Украины.

Литература

1) Веселовская З.Ф. Катаракта /З.Ф. Веселовская , М. И. Блюменталь, Н.Ф. Боброва. - Киев: Книга плюс, 2002.- 208 с.
2) Ковтун М.И. Результаты оценки сопутствующей заболеваемости больных катарактой /М.И.Ковтун //Вестник проблем биологии и медицины. -2012. –Вып.4, том 1(96). –С.120-124.
3) Корсакова Н.В. Современные аспекты патогенеза возрастной катаракты человека (обзор литературы)/ Корсакова Н.В., Паштаев Н.П., Сергеева В.Е., Поздеева Н.А// Офтальмохирургия . – 2012. - №2. – С.82-85.
4) Резников С. А. Профилактика слепоты в мире: проблемы и подходы. //Материалы Российского межрегионального симпозиума: Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ: Уфа, 2003. -С. 11-19.
5) Сафарова Г.Л. Основные демографические процессы и возрастная структура населений России и Украины /Г.Л. Сафарова, С. І. Пирожков С. І. Вибрані наукові праці: У 2т. – Т. 1. Демографичній і трудовий потенціал. – К.: Київ. нац. торг. екон. ун-т, 2008. – С. 811 – 847.
6) Сафарова Г.Л. Старение населений России и Украины: взгляд в будущее / Г.Л. Сафарова , С.И. Пирожков // Успехи геронтологии.-2007.- Вып.2 .- С. 24-32.
7) Foster A. Cataract and "Vision 2020 the right to sight" initiative /A. Foster // Br. J. Ophthalmol.-2001.-N. 85.-P. 635-637.
8) Taylor H.R. Cataract: how much surgery do we have to do? /H.R. Taylor // Br. J. Ophthalmol. 2000. - N. 84 - P. 1-2.

АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

А. В. Копыток

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Беларусь

Детская инвалидность является наиболее важным индикатором здоровья населения, определяющим качество его жизни, интегрируя и характеризуя уровень развития всех сфер жизнедеятельности общества. По данным экспертов ВОЗ, количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет более 120 млн. чел, или около 10% населения земного шара.

Республике Беларусь по данным Министерства труда и социальной защиты на 01.01.2016 г. насчитывалось 28 845 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, что составило 1,6% всего детского населения. По сравнению с 2006 годом (28 895 чел.) абсолютное число детей-инвалидов практически не

Репозиторий ГрГМУ

изменилось. Интенсивный показатель детской инвалидности за этот период увеличился на 5,9% (с 149,4 на 10 тыс. детского населения в 2006 г. до 158,2 в 2015 г.), что связано с низкими темпами увеличения численности детского населения.

В 2015 г. медико-реабилитационными экспертными комиссиями впервые было признано инвалидами 3 664 ребенка (таблица 1). Уровень первичной инвалидности (ПИ) составил 20,64 на 10 тыс. детского населения. В период с 2006 года по 2015 год абсолютное число впервые признанных инвалидами (ВПИ) детей увеличилось на 371 чел. (с 3 293 чел. до 3 664 чел.), уровень ПИ вырос на 19,0% (с 17,34 до 20,64 на 10 тыс. детского населения).

Таблица 1 – Показатели первичной детской инвалидности

Год	Число детей ВПИ	Темп прироста, убыли		Уровень ПИ (на 10 тыс. детского населения)	Темп прироста, убыли	
		абс.	%		абс.	%
2006	3 293	-	-	17,34	-	-
2007	3 149	-144	-4,4	17,08	-0,26	-1,5
2008	2 930	-219	-7,0	16,26	-0,82	-4,8
2009	2 870	-60	-2,1	16,22	-0,04	-0,2
2010	2 968	98	3,4	16,98	0,76	4,7
2011	2 977	9	0,3	17,17	0,19	1,1
2012	3 091	114	3,8	17,80	0,63	3,7
2013	3 324	233	7,5	18,98	1,18	6,6
2014	3 322	-2	-0,1	18,97	-0,01	-0,1
2015	3 664	342	10,3	20,64	1,67	8,8

Причины, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличались от таковых у взрослого населения. Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, детям с врожденными пороками развития, с различными расстройствами и нарушениями после преждевременных родов, с онкологическими заболеваниями которые впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность. Анализ нозологической структуры первичной инвалидности у детей показал, что в 2006-2015 годах лидирующие позиции занимали врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, болезни нервной системы, психические расстройства, болезни эндокринной системы, новообразования (таблица 2)

Репозиторий ГГМУ

Таблица 2 – Показатели первичной детской инвалидности по классам болезней (на 10 тыс. детского населения)

Классы болезней	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Средне-годовой
Новообразо-вания	1,48	1,71	1,43	1,36	1,56	1,57	1,60	1,57	1,64	2,03	1,59
Болезни эндокринной системы	1,7	1,55	1,72	1,55	1,84	1,81	1,64	2,08	1,92	2,35	1,81
Болезни крови	0,41	0,28	0,31	0,33	0,33	0,39	0,37	0,41	0,43	0,33	0,36
Психические расстройства	1,64	1,58	1,32	1,46	1,58	1,75	1,98	2,24	2,68	3,14	1,93
Болезни нервной системы	2,65	2,59	2,81	3,01	3,12	2,89	3,39	3,16	3,31	3,68	3,05
Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,65	0,66	0,32	0,32	0,43	0,48	0,42	0,65	0,61	0,54	0,51
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,58	0,72	0,82	0,84	0,79	0,82	0,79	0,77	0,83	0,71	0,76
Болезни системы кровообраще-ния	0,14	0,23	0,16	0,22	0,13	0,24	0,16	0,21	0,15	0,17	0,18
Болезни органов дыхания	0,29	0,2	0,09	0,10	0,14	0,12	0,13	0,11	0,06	0,15	0,14
Болезни органов пищеварения	0,15	0,18	0,19	0,17	0,21	0,21	0,23	0,34	0,28	0,23	0,22
Болезни мочеполовой системы	0,25	0,15	0,12	0,16	0,17	0,21	0,18	0,16	0,12	0,24	0,18
Болезни костно-мышечной системы и соединитель-ной ткани	1,17	1,22	1,25	1,19	1,04	1,02	1,03	1,26	1,22	1,37	1,18
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	5,11	5,23	4,97	4,85	4,94	4,98	5,19	5,34	5,10	5,15	5,08
Травмы и отравления	0,79	0,55	0,51	0,47	0,49	0,50	0,47	0,47	0,46	0,34	0,51
Всего	17,34	17,08	16,26	16,22	16,98	17,17	17,80	18,98	18,97	20,64	17,71

За исследуемый период отмечался прирост первичной детской инвалидности по психическим расстройствам (+91,6%), болезням органов пищеварения (+50,2%), болезням нервной системы (+39,0%), болезням эндокринной системы (+38,5%), новообразованиям (+37,0%), болезням системы кровообращения (+24,7%), болезням уха и сосцевидного отростка

Репозиторий ГрГМУ

(+22,4%), болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (+17,7%).

По сравнению с 2006 годом в 2015 году уменьшилось число детей-инвалидов с травмам и отравлениям на 57,2%, заболеваниями органов дыхания на 47,6%, болезнями крови на 20,3%, болезнями глаза на 16,8%.

В Республике Беларусь с августа 1999 г. медико-реабилитационными экспертными комиссиями одновременно с определением инвалидности детям устанавливается степень утраты здоровья (I, II, III, IV), которая и характеризует тяжесть детской инвалидности. При этом следует отметить, что наиболее легкой является I степень утраты здоровья (СУЗ), наиболее тяжелой – IV степень. В период 2006-2015 годов структуре тяжести первичной инвалидности преобладали дети со второй СУЗ, составляя 40,7%. Третья СУЗ определялась практически у каждого третьего ребенка – 29,0%. Наиболее тяжелая четвертая СУЗ устанавливалась в 15,1%, первая – в 15,2%. В течение анализируемого периода показатели отличались нестабильностью и колебаниями. В целом по сравнению с 2006 г. в 2015 г. регистрировалось снижение удельного веса детей-инвалидов второй (с 44,1% в 2006 году до 38,5% в 2015 году) третьей (с 28,7% до 26,5%) и четвертой (с 16,2% до 13,0% соответственно) СУЗ, при увеличении доли детей-инвалидов с наиболее легкой первой (с 11,0% в 2006 году до 22,0% в 2015 году) СУЗ.

Таким образом, проведенный анализ показателей детской инвалидности в Республике Беларусь в период с 2006 года по 2015 год вывил тенденцию к увеличению показателей как накопленной, так и первичной инвалидности. В течение исследуемого периода отмечался рост первичного выхода на инвалидность практически по всем класса болезней.

Основными причинами, приводящими к ПИ детского населения, являлись врожденные аномалии, психические расстройства, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы, новообразования.

В структуре тяжести ПИ детского населения преобладала II СУЗ, составляя 40,7%. В целом за данный период, тяжесть ПИ детей имела тенденцию к снижению, за счет уменьшения преимущественно удельного веса детей-инвалидов как с III, так и IV СУЗ, при увеличении доли детей-инвалидов с I СУЗ.

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАТЕНТАХ СТРАН МИРОВОГО СООБЩЕСТВА

П. М. Королёв

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В научной литературе имеется большое количество публикаций, отражающих различные аспекты проблемы здорового образа жизни (ЗОЖ), который рассматривается как объект исследования в различных отраслях науки [1, 2].

Репозиторий ГГМУ

Только в англоязычной поисковой системе базы данных медицинских и биологических публикаций Национальной медицинской библиотеки США (PubMed) представлено более 13,5 тыс. научных статей по теме исследования, что является подтверждением актуальности изучения проблем, относящихся к ЗОЖ.

В то же время в анализе материалов 906 диссертационных исследований по проблеме формирования ЗОЖ, представленных в диссертационные советы России в 1995-2010 гг., отмечается недостаточное внимание исследователей к проблемам формирования ЗОЖ в семье, среди детей, школьников и студентов, среди взрослого населения, в том числе у специалистов, работающих в напряженных и экстремальных условиях [3].

Однако в литературе не отражена изобретательская активность по указанной проблеме в странах мирового сообщества.

Цель работы заключалась в изучении динамики патентования изобретений, касающихся ЗОЖ, по годам в аспекте выявления уровня изобретательской активности в странах мирового сообщества и ведущих заявителей (фирм и организаций).

Для реализации поставленной цели был осуществлен патентный поиск с помощью электронной поисковой системы PATENTSCOPE, созданной Всемирной организацией интеллектуальной собственности [4]. Указанная система обеспечивает доступ к международным патентным документам (ПД) в соответствии с Договором о патентной кооперации (PCT), Европейского патентного ведомства (EPO), Евразийской патентной организации (EAPO), Африканской региональной организации интеллектуальной собственности (ARIPO), а также к ПД из региональных и национальных фондов. В базах данных PATENTSCOPE содержится более 50 миллионов ПД, включая 2,9 миллиона опубликованных международных заявок (PCT) на изобретения из 187 государств мира.

Глубина поиска – с 1998 г. по май месяц 2016 г.

Ключевые слова для поиска – healthy lifestyle (здоровый образ жизни).

Количественная характеристика динамики патентования по годам за весь период исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика патентования изобретений, касающихся ЗОЖ.

Годы	1998-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Коли-чество ПД	16	6	11	12	6	2	6	2	18	13	27	2

Анализ данных таблицы 1 дает основание считать, что изобретательская активность по проблеме ЗОЖ за период исследования была на недостаточно высоком уровне. Суммарное количество ПД составило 121, из них 103 – за последнее десятилетие. Наибольшее количество ПД было зарегистрировано в период 2013-2015 гг., что свидетельствует об увеличении изобретательской активности в последние годы. Однако наличие лишь 2 ПД,

Репозиторий ГрГМУ

зарегистрированных в 2016 г. (по май месяц включительно) не даёт оснований прогнозировать увеличение изобретательской активности по теме исследования на ближайшую перспективу.

В таблице 2 приведен перечень стран мирового сообщества и международных патентных организаций, имеющих наибольшее количество ПД по теме исследования.

Таблица 2 - Количественная характеристика патентования изобретений по проблеме ЗОЖ по странам за 2006-2015 гг.

Страны	Количество ПД	Страны	Количество ПД
США	45	Корея	4
PCT	22	Мексика	2
EPO	16	РФ	2
Япония	13	EAPO	1
Китай	10	Великобритания	1
Канада	5	Всего: 121 ПД	

Анализ данных таблицы 2 свидетельствует о том, что лидирующее положение по количеству ПД (45) занимают США, существенно опережая по данному показателю другие страны.

В международные патентные ведомства было подано 39 заявок на изобретения, что составляет 32 % от общего числа ПД (45) за период исследования. Это указывает на невысокий уровень востребованности запатентованных технических решений (устройства, способы, вещества) на международной арене и заинтересованности в их практическом использовании.

Наибольшее количество патентов по теме исследования имеют следующие заявители: Nestec SA (Швейцария) – 20, Koninklijke Philips N.V. (Нидерланды) –7, Mars Incorporated (США) - 5, Recon Oil Industries Private Limited (Индия) – 5.

Таким образом, приведенная выше информация свидетельствует о том, что в странах мирового сообщества за указанный период исследования был зарегистрирован лишь 121 патент, имеющий прямое отношение к формированию и поддержанию ЗОЖ, что значительно ниже по сравнению с другими медико-биологическими направлениями патентования изобретений.

Результаты данного исследования могут представлять интерес для широкого круга научных работников, изобретателей и специалистов, занимающихся исследованием различных аспектов проблемы ЗОЖ.

Литература

1) Пилюшенко А.В. Вопросы теоретического осмысления категорий «образ жизни» и «здоровый образ жизни » / А.В. Пилюшенко // Вестник Томского государственного университета. - 2015. - № 398. - С. 50–54.
2) Доброрадова Л.В. Здоровый образ жизни как объект исследования в различных отраслях науки / Л.В. Доброрадова // Вестник ЧГПУ . - 2009. - № 5. - С. 29–35.
3) Евдокимов В.И., Клименко Б.А., Трапезников С.А. Анализ материалов диссертационных исследований по проблеме формирования здорового образа жизни в России (1995-2010 гг.)

Репозиторий ГрГМУ

/ В.И. Евдокимов и др. // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. - 2011. - № 2. - С. 74-79.
4) Search International and National Patent Collections [Electronic resource] / World Intellectual Property Organization. – 2016. - Mode of access: http://patentscope.wipo.int/search/en/search.jsf – Date of access: 20.05.2016.

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОЗА

Е. Г. Королева, О. М. Лапыш
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальность темы. А. Шопенгауэр говорил «жениться – это значит наполовину уменьшить свои права и вдвое увеличить свои обязанности».

Семья – это общество в миниатюре, со всеми его достижениями, противоречиями. В настоящее время семья переживает сложный период развития: осуществляется переход от традиционной модели семьи к новой, меняются виды семейных отношений. Возрастает число разводов, снижается рождаемость, хотя увеличивается рождение детей, рождённых вне брака, ежегодно около 1миллиона детей остаётся без одного из родителей, доля неполных семей достигает 15% по стране, растёт преступность и что особенно опасно, увеличивается число преступлений совершаемых подростками.

З. Фрейд был абсолютно убежден, что любой невроз есть прямое следствие отклонений в сексуальной жизни и что сексуальная подавленность является ключом к пониманию как невротических расстройств, так и человеческого поведения в целом.

Недавно Британское бюро национальной статистики изучило, какие факторы влияют на счастье населения. Выяснилось, что удачный брак повышает удовлетворенность жизнью британцев сильнее, чем успешная карьера, хорошее образование и высокая заработная плата. Как утверждают исследователи, ценность брака для британцев связана в первую очередь с ощущением стабильности. С одной стороны, женатые люди более защищены экономически, с другой — они чаще неженатых респондентов чувствуют, что их жизнь имеет смысл.

Но в России ситуация прямо противоположная. По данным исследования «Евробарометр в России», проведенного Центром социологических исследований РАНХиГС при президенте РФ, самыми несчастными среди россиян оказались люди, состоящие в браке. Женитьба снижает удовлетворенность жизнью респондентов в среднем на 20%. При этом наиболее счастливы люди, которые никогда не состояли в браке или отношениях сожительства (чаще всего называемых гражданским браком), 85% из них утверждают, что счастливы. Эта картина характерна для всех регионов России: независимо от уровня экономического развития и урбанизированности территории наиболее удовлетворены жизнью респонденты, не состоящие в браке и живущие отдельно от своего партнера.

Репозиторий ГрГМУ

Тем не менее, не подлежит сомнению, чтосемья бесспорно является важным объектом оказания помощи в современном обществе. При этом следует учитывать, что многие формы права, регулирующие отношения семьи и государства, пришли в противоречия, потому что не соответствуют современным потребностям семьи и общества. Большинство законов, затрагивающих вопросы семьи, малоэффективны или вообще не действуют. Все это требует принятия неотложных мер по укреплению и развитию социального института семьи.

Практика же показывает, что в большинстве случаев прочность брака зависит от того, насколько люди могут и желают идти навстречу друг другу, удовлетворяя потребности друг друга и жертвуя своими потребностями.

Некоторыми авторами предлагается гипотеза, что удовлетворенность браком взаимосвязана с отношением супруга к себе и к партнеру.

Исходя из сказаногоцелью исследования явилосьустановление связи между удовлетворенностью браком и такими конструктами, как самоотношение, отношение к партнеру и субъективно воспринимаемое сходство с партнером у пациентов неврозами.

Задач исследования:

1. Выявить значение отношения к супругу и удовлетворенность браком.
2. Значение самооценки для удовлетворенности браком.
3. Соотношение личностных качеств партнера и самооценки.

Материалом исследования явились 120 пациентов: 60 человек-группа здоровых людей и 60 человек - пациенты отделения неврозов 3-ей гор. клинической больницы. Из них было 80% женщины и 20% мужчины. Методы исследования. Анкета составлена нами на основе опросника удовлетворенности браком (В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко). Клиническое анкетирование.

Предметом исследования явилось отношение к удовлетворенности браком в семьях в контексте восприятия супругами друг друга.

В исследовании выявлено количество благополучных и неблагополучных семей среди обеих групп.

Благополучная семья – это такая семья, где добровольно и качественно выполняются взаимные обязательства супругов по отношению друг к другу и детям, где поддерживаются моральные основы и общепризнанные ценности общества, где поддерживается система отношений с минимальным принуждением; это обязательно миролюбивая семья, способная к материальному самообеспечению, к деторождению и детовоспитанию; это семья, воспроизводящая человеческую культуру, сохраняющая ее и умножающая.

Неблагополучные семьи - это семьи с низким социальным статусом, в какой - либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно, не справляющиеся с возложенными на них функциями, их адаптивные способности существенно снижены, процесс семейного воспитания ребенка протекает с большим трудностями, медленно, малорезультативно.

Репозиторий ГрГМУ

В результате проведенной работы было выявлено:

В первой группе 66,7% – это благополучные семьи и 33,3% – это не благополучные семьи.

Во второй группе 70,4%-это благополучные семьи и 29,6 – это не благополучные семьи. Хочется сразу отметить, что пациенты 2-й группы были менее правдивыми в тестировании,чем пациенты первой группы. Кроме того, хочется отметить, что данные понятия достаточно формально отражают внешнюю сторону семьи, не говоря о глубоких внутрисемейных взаимоотношениях.

В результате анкетирования и проведения персональной беседы с пациентами отделения неврозов были выявлены следующие признаки психологического нездоровья семьи, к этим признакам относятся :

- бездетность; психические болезни членов семьи;

- трудные дети; конфликты во взаимоотношениях; разъезд, раздельное проживание;

- алкоголь, наркотики; суицидальное и саморазрушительное поведение; нет совместного досуга; сексуальные проблемы; неверность, супружеское отчуждение; жестокость, насилие, агрессия; низкий уровень бытового поведения, грубость, эгоизм; плохие, неконструктивные отношения; утрата чувств, деструктивные чувства; устойчивая психосоматика у членов семьи.

Более 80 % пациентов отделения неврозов предъявляли 3 основных претензии:

1) Нет четкого ощущения рамок семьи у больных неврозами, нет очерченных представлений структуры семьи.

2) Нет удовлетворенности своим партнером, « не оправдывает ожидания».

3) Невозможность «опереться» на партнера.

Эти и подобные им проблемы вызывают нарушение внутрисемейной жизни, создают в ней нестабильность и ощущение неудачи, несчастья, часто при внешнем сохранении семейных уз.

Выводы:

1) Есть прямая связь между высокой удовлетворенностью браком и положительной самооценкой у супругов, а также высоким совпадением самооценки и оценки партнером.

2) В благополучных парах наблюдается такое своеобразное искажение восприятия, как переоценка социально одобряемых личностных качеств партнера в сравнении с самооценкой, что является признаком симпатии в межличностных отношениях.

3) Супруги в «здоровых» браках воспринимают качества друг друга как близкие или дополняющие.

4) Удовлетворенность браком взаимосвязана с отношением супруга к себе и к партнеру.

5) Глубокое взаимопонимание рассматривается как показатель успешных супружеских взаимоотношений.

Репозиторий ГрГМУ

Итак, по проведенным исследованиям к неблагополучным семьям можно отнести:

1. Недоверчивая семья: повышенная настороженность по отношению к окружающим (соседям, знакомым, педагогам), ожидание враждебности; слабые контакты с окружающими; нередки длительные конфликты с родственниками; в любых конфликтах (со сверстниками, с педагогами).

2. Легкомысленная семья: отличается беззаботным отношением к будущему, стремится жить сегодняшним днем; склонна к сиюминутным удовольствиям, планы на будущее у нее неопределенны; семья живет по инерции, не предпринимая попыток что-нибудь изменить (старая мебель, отсутствие нужных в доме вещей, неумение организовать); - досуг кроме просмотра ТВ, застолий; семья постоянно находится в состоянии внутреннего разлада, по малейшему пустяковому поводу возникают конфликты; правым только своего ребенка.

Но решающим фактором, определяющим удовлетворенность или неудовлетворенность женщин браком, является все же взаимная поддержка или ее отсутствие (Accitelly, Antonucci, 1994).

В заключении надо отметить, что в работе с неблагополучными семьями, безусловно, надо проводить коррекционную работу, которая должна направляться на улучшение таких характеристик: повышение взаимопонимания, снижение конфликтности и т.д.

Психолог должен уметь проводить разные виды работы с семьей:

1) Профессиональная диагностика семьи для целей дальнейшей работы: коррекции, терапии, консультирования, тренинга.

2) Консультирование актуальных проблем семьи по запросу ее членов: супруги, прародители, дети, родственники и т. п.

4) Просвещение и совершенствование семей, имеющих желание и потенциал развития.

5) Профилактика отклонений в жизнедеятельности семьи и ее членов.

Коррекционная работа должна направляться на улучшение этих характеристик: повышение взаимопонимания, снижение конфликтности.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИАОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. Г. Королева, Д. Ю. Дегтярёва

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальность. Псориаз является наиболее распространенным хроническим заболеванием кожи. По данным Harvey L. и Adam M. (2004г.), заболеваемость им в мире колеблется от 0,6% до 4,8%. По данным Kurd SK, Gelfand JM (2009 г.), псориазом болеют около 3,5% населения планеты. На основании исследования Harvey L., Adam M., 2004 Naidi L., 2004, «средняя общая» заболеваемость псориазом в мире колеблется от 0,6% до 4,8%.

Репозиторий ГрГМУ

Исследования 2010 года, проведенные международной организацией IFPA, показали, что на планете зарегистрировано 125 млн. человек с псориазом, или каждый двадцать пятый житель. В возникновении псориаза отмечают 2 возрастных пика. Первый пик относится к возрасту 16-22 года, а второй - к периоду 57-60 лет. Псориаз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. И у женщин он развивается раньше. Экзема также встречается часто, составляя 30-40% всех кожных заболеваний. По статистике экземой страдают 10% населения земного шара. Она поражает все возрастные группы, но чаще всего встречается у женщин в возрасте от 20 до 45 лет. Принимая во внимание тот факт, что кожа и центральная нервная система имеют общее эмбриональное происхождение, позволяет нам понимать их тесную взаимосвязь.

Психогенные факторы часто становятся триггерами манифестации или рецидива заболевания, а дерматологическая патология, в свою очередь, нередко выступает причиной психологических расстройств. Известно, что лицо и открытые участки тела играют существенную роль в межличностной коммуникации, и наличие косметического дефекта может ее затруднить, особенно у молодых пациентов женского пола. Оба этих дерматологических заболевания не представляют собой угрозу для жизни пациентов. Но несмотря на это, их хронический характер негативно сказывается на межличностных отношениях, профессиональной деятельности, снижает самооценку, а тем самым и качество жизни.

Любое хроническое заболевание, особенно то, которое имеет клинические проявления, доступные для всеобщего обозрения, сопряжено с психоэмоциональным стрессом. От его успешного преодоления зависит качество лечения, отношение к себе и своему заболеванию, отношения с лечащим врачом и в конечном счете, качество жизни. Многие пациенты, особенно в начале своего заболевания, ждут полного излечения, исчезновения всех симптомов заболевания. Не получая этого, пациенты оказываются в ситуации стресса, часто ввиду нежелания принять свой недуг, который в свою очередь только усугубляет клинические проявления.

Устав Всемирной организации здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому успешное лечение пациента не должно ограничиваться восстановлением или сохранением только физического статуса, без учета психосоциального аспекта.

Цель: Изучение психоэмоционального состояния пациентов с псориазом и экземой для понимания роли психотерапевтической коррекции в лечении.

Задачи:

1. Определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с псориазом.

2. Определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с экземой.

Репозиторий ГрГМУ

Материалы и методы. Анкетирование 30 пациентов стационарного отделения ГУЗ «Кожно-венерологический диспансер» с диагнозом псориаз и экзема с помощью опросников «Дерматологический индекс качества жизни» и «Опросник депрессии Бека». Из них 18 мужчин и 12 женщин. Минимальный возраст – 17 лет, максимальный – 64 года.

Результаты и их обсуждение. Среди обследуемых пациентов было выявлено, что дерматологическая патология чрезвычайно сильно влияет на качество жизни у 7% пациентов, очень сильно – у 10%, незначительно – 33%.

При этом на вопрос «Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущения в связи с состояние Вашей кожи?» 63% ответили «Достаточно сильно», 53% из которых были лица женского пола. На вопрос «Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущение в связи с состоянием Вашей кожи?» - 91% опрошенных женщин ответил «Достаточно сильно». На вопрос «Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор Вашего гардероба на прошлой неделе? – Все опрошенные женщины ответили «Достаточно сильно».

Скрининговый опросник депрессии Бека выявил наличие депрессии легкой степени тяжести у 24%.

Выводы.

1. Дерматологическая патология не протекает изолированно, не затрагивая психоэмоциональный статус человека.

2. Таким образом, наиболее целесообразным будет являться комплексный подход к лечению, состоящий не только из назначения медикаментозного компонента, но и из психотерапии.

Заключение. Таким образом, большой удельный вес в лечении дерматологических заболеваний должна принадлежать психотерапии. Совместно с врачом-психотерапевтом пациент должен научиться принимать свой недуг и вырабатывать механизмы по преодолению негативного влияния клинических проявления дерматологический патологии. Наиболее эффективной может являться поведенческая психотерапия. Также актуальными станут групповая и семейная психотерапия. Групповая психотерапия поможет увидеть и понять пациенту, что он не единственный, кто столкнулся с такой патологией. Общаясь в группе людей с такими же или похожими симптомами, пациент сможет почувствовать себя увереннее, поделиться проблемами и послушать разные мнения по их преодолению. Ощущение единства в группе дает огромный вклад в построение межличностных коммуникаций. Также важным в лечение будет работа не только с самим пациентом, но и с его близкими. Семья – это первый ресурс, который может помочь эффективно справиться со стрессом, вызванным заболеванием. В этом поможет семейная психотерапия.

Репозиторий ГрГМУ

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2002-2015 годы

Т. В. Короткевич, Т. С. Голубева, А. А. Кралько

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Беларусь

Изучение динамики состояния психического здоровья населения республики является важной государственной задачей и осуществляется ежегодно по формам государственной статистической отчетности, утвержденным Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь.

Состояние психического здоровья социума характеризуют следующие показатели: первичная и общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами; структура психических расстройств по нозологическим формам; инвалидность, обусловленная психическими и поведенческими расстройствами; суицидальная активность населения.

Интенсивные показатели рассчитываются на основании данных Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

За период 2002-2015 гг. зарегистрирован рост первичной заболеваемости психическими расстройствами. В 2015 г. первичная заболеваемость населения психическими расстройствами увеличилась по сравнению с 2002 г. на 47,6% и составила 717,7 на 100 000 населения (среднегодовой темп прироста 3,1%). В последние годы (2009-2015) отмечается тенденция к стабилизации показателей первичной заболеваемости.

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами выше среди детского населения, чем во взрослой популяции. В 2015 г. первичная заболеваемость среди детей до 18 лет составила 918,3 на 100 000 детей; среди взрослых – 670,5 на 100 000 взрослых. Если в 2002-2005 гг. первичная заболеваемость в детской популяции в 2 раза превышала аналогичный показатель среди взрослого населения, то в последние годы (2009-2015) соотношение дети/взрослые по первичной заболеваемости несколько уменьшилось, что сопровождалось более низким среднегодовым темпом прироста первичной заболеваемости среди детского населения, чем среди взрослых (1,3% против 5,1%).

Первичная заболеваемость психическими расстройствами женского населения в 2015 г. была на 25,7% выше по сравнению с аналогичным показателем мужского населения (793,2 и 631,0 на 100 000 указанного населения соответственно). Такое соотношение между первичной заболеваемостью в женской и мужской популяции регистрируется с 2005 года, в то время как в 2002-2004 гг. первичная заболеваемость психическими расстройствами была выше среди мужчин. За период с 2002 по 2015 годы

Репозиторий ГрГМУ

среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости был выше среди женского населения, чем среди мужского (4,1% против 2,0%).

Первичная заболеваемость психическими расстройствами среди городского населения была на 11,6% выше по сравнению с соответствующим показателем в сельской местности (в 2015 г. – 735,0 и 658,5 на 100 000 населения соответственно), что может отражать преимущества в доступности психиатрической помощи для жителей городов. Однако среднегодовой темп прироста первичной заболеваемости среди сельских жителей выше по сравнению с городским населением (4,3% против 2,8%). Соотношение первичной заболеваемости городских и сельских жителей постепенно уменьшается: с 1,3 в 2002 г. до 1,1 в 2015 г.

В структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами доля пограничных нервно-психических расстройств выросла с 78,3% в 2002 г. до 82,2% в 2015 г. Увеличение в структуре заболеваемости пограничных психических расстройств может свидетельствовать о повышении доверия населения к специалистам службы охраны психического здоровья. В то же время за период с 2002 по 2015 годы уменьшилась доля впервые выявленных пациентов с шизофренией, шизотипическим и шизоаффективным расстройствами (с 2,2% до 1,2%) и умственной отсталостью (с 7,5% до 3,6%).

За период 2002-2015 гг. общая заболеваемость населения психическими расстройствами увеличилась на 29,7%: с 2831,0 на 100 000 населения в 2002 г. до 3672,4 − в 2015 г. (среднегодовой темп прироста 2,0%), в том числе: среди взрослого населения − с 2648,7 до 3504,0 на 100 000 населения возраста 18 лет и старше (на 32,3%), среди детей – с 3401,6 до 4388,4 на 100 000 детского населения (на 29,8%).

Из пациентов, обращающихся в течение года за оказанием психиатрической помощи по поводу как вновь возникших, так и ранее существовавших психических расстройств, 53-54% составляли лица трудоспособного возраста.

В 2002-2015 гг. общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди мужчин была выше, чем среди женщин (в 2015 г. показатели составили 3725,0 и 3626,6 на 100 000 населения соответственно) а в сельской местности – выше, чем среди горожан (в 2015 г. показатели составили 4343,9 и 3476,7 на 100 000 населения соответственно).

В структуре общей заболеваемости вследствие психических расстройств и расстройств поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств) в 2015 г. наибольший удельный вес имели невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 24,3%. На втором месте по распространенности находились органические непсихотические расстройства – 18,8%, а также поведенческие синдромы, непсихотические расстройства детского и подросткового возраста – 18,7%. На долю умственной отсталости приходилось 12,7%, органических психозов и (или) деменций – 9,7%, из них около половины составляли деменции. Удельный вес шизофрении, шизотипического и шизоаффективного

Репозиторий ГрГМУ

расстройств в структуре общей заболеваемости составил 7,3%, аффективных непсихотических расстройств – 3,5%.

Удельный вес пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением из обратившихся за год за оказанием психиатрической помощи, снизился с 42,6% в 2002 г. до 30,0% в 2015 г., что может являться следствием преимущественного выявления пограничных психических расстройств, которые не требуют длительного динамического наблюдения за состоянием психического здоровья пациента.

В 2015 г. показатель первичной инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения составил 3,81 на 10 000 населения, в детской популяции – 3,04 на 10 000 детского населения. Уровень первичной инвалидности вырос по сравнению с 2002 г. в общей популяции – на 86,8%; среди детей – на 73,7% и является максимальным за последние 15 лет, как в общей, так и в детской популяции.

Рост показателя первичной инвалидности по психическим и поведенческим расстройствам регистрируется с 2009 г. Минимальное значение показателя первичной инвалидности зарегистрировано в 2008 г: в общей популяции − 1,75 на 10 000 населения; в детской популяции − 1,29 на 10 000 детского населения.

Инвалидность при психических и поведенческих расстройствах характеризуется высокой тяжестью. В период с 2002 г. по 2015 г. суммарный удельный вес инвалидов I и II групп в структуре тяжести первичной инвалидности при указанной патологии увеличился с 83,1% до 84,8%, при этом в 2002 г. инвалиды III группы в структуре тяжести первичной инвалидности составляли 16,9% (276 человек из 1 633 инвалидов возраста 18 лет и старше), в 2015 г. – 15,2% (467 человек из 3 063 инвалидов возраста 18 лет и старше).

За период 2002-2015 гг. в нозологической структуре инвалидности взрослого населения Республики Беларусь при психических расстройствах удельный вес шизофрении, шизотипического и шизоаффективного расстройств снизился с 41,9% до 14,0%, умственной отсталости – с 11,5% до 3,8%, психических расстройств вследствие эпилепсии – с 10,1% до 3,2%, за счет увеличения доли органических психотических расстройств и (или) деменций. Среди детского населения удельный вес умственной отсталости снизился с 68,0% в 2002 г. до 52,5% в 2015 г., психических расстройств вследствие эпилепсии – с 9,6% в 2002 г. до 1,6% в 2015 г., шизофрении – с 5,4% в 2002 г. до 2,6% в 2015 г., в то время как доля детских психозов увеличилась с 5,7% в 2002 г. до 32,2% в 2015 г.

Общий контингент инвалидов по психическим расстройствам в 2015 г. насчитывал 52 399 человек, или 55,17 на 10 000 населения; в детской популяции − 4 451 человек, или 24,40 на 10 000 детского населения (в 2002 г. – 51 521 человек, или 52,01 на 10 тыс. населения, и 5 281 человек, или 24,30 на 10 тыс. детского населения соответственно). Таким образом, в 2002-2015 гг. показатели общей инвалидности являлись относительно стабильными.

Репозиторий ГрГМУ

По статистическим данным за 2015 г. 53,0% инвалидов по психическому заболеванию имели трудоспособный возраст. Из них работали 10,1% (в 2002 г. – 9,6%). Количество инвалидов, работающих в специальных условиях (в специальных цехах и лечебно-производственных мастерских) в 2015 г. составило 14,1% от общего числа работающих инвалидов.

Количество инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях психоневрологического профиля Министерства труда и социальной защиты за период 2002-2015 гг. выросло на 22,3%, с 11 327 человек в 2002 г. до 13 847 − в 2015 г., что составило соответственно 22,0% и 26,4% от общей численности инвалидов по психическим расстройствам в указанные годы.

Количество детей-инвалидов, находящихся в детских стационарных учреждениях психоневрологического профиля, за период 2002-2015 гг. уменьшилось на 52,7%, с 1491 детей в 2002 г. до 785 детей в 2015 г., что составило соответственно 13,2% и 5,7% от общего количества детей, признанных инвалидами по психическим заболеваниям в указанные годы.

Показатель суицидов за период с 2002 по 2015 годы в республике снизился: в общей популяции – на 45,6%; среди городского населения – на 49,0%; среди сельского населения – на 32,3%.

Реализация комплексного межведомственного подхода по профилактике суицидальной активности населения с 2009 г. позволила достичь снижения уровня суицидов в популяции до средних значений по критериям ВОЗ (менее 20 на 100 000 жителей). В 2015 г. показатель суицидов в общей популяции составил 18,1 на 100 000 жителей, среди городского населения – 12,9, среди сельского населения – 35,7. Высокий относительный показатель суицидов по-прежнему регистрируется среди сельского населения. Так, в 2015 г. уровень суицидов в сельской популяции был в 2,8 раза выше по сравнению с данным показателем среди городского населения.

Таким образом, анализ показателей состояния психического здоровья населения республики за более чем десятилетний период свидетельствует о ряде сложившихся позитивных и негативных трендов, требующих учета при принятии управленческих решений в сфере здравоохранения. Так, за период 2002-2015 гг. регистрировался рост первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, на фоне увеличения показателя первичной инвалидности и стабилизации численности общего контингента инвалидов по психическим расстройствам и расстройствам поведения, а также наблюдалось снижение показателя суицидов в общей популяции населения, при сохранении высокого уровня суицидов среди сельских жителей. Реализация государственной политики, направленной на развитие качественной и доступной психиатрической помощи, способствовала улучшению выявляемости психических и поведенческих расстройств среди населения. Вместе с тем, рост общей заболеваемости, а также увеличение числа лиц, впервые признанных инвалидами по психическим расстройствам, указывают на необходимость совершенствования подходов в области реабилитации психически больных и инвалидов. Проблема сохранения высокого уровня суицидов среди сельского

Репозиторий ГрГМУ

населения требует особого внимания как к обеспечению доступности специализированной медицинской помощи для жителей сельских районов республики, так и усилению профилактической направленности в работе первичного звена здравоохранения в области психогигиены и психопрофилактики психических и поведенческих расстройств.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В КОЛЛЕКТИВЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЭКСПРЕСС-МЕТОДИКИ»

Е. Н. Кроткова, Л. В. Волкова, К. О. Кротков

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Социально-психологический климат в коллективе следует рассматривать как важный показатель коллективного здоровья, который влияет на производительность труда, продуктивность, уровень трудовой и общественной активности, текучесть кадров [1, 3]. В организации лечебно-диагностического процесса роль медицинской сестры не менее важна, чем роль врача. Без качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи, так как пациент нуждается не только в лекарственной терапии, но и высокопрофессиональном сестринском уходе, консультировании обучении, психологической поддержке [2]. В учреждении здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» в структуре кадров преобладают медицинские работники со средним специальным образованием, на 01.01.2016 года – 107 человек, 43,9% работающих.

Цель исследования. Изучить состояние и динамику психологического климата в коллективе среднего медицинского персонала.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди медицинских сестер - женщин путем проведения анонимного опроса с использованием экспресс-методики О.С. Михалюк и А.Ю. Шалыто [4], преимуществом которой является сравнительно небольшой объем работы (всего 13 вопросов) и затрачиваемого времени на исследование (до 10 минут). Всего опрошено 179 медицинских сестер, работающих в стационаре в 2012-2015 годах: 1-я группа, опрошенны в 2012 году (n =39), 2-я группа - в 2013 году (n =51), 3-я группа - в 2014 году (n =59), 4-я группа – в 2015 году (n =30). Средний возраст опрошенных составил 32,5±1,9 лет. Стаж работы до 2-х лет имели 6,7% (12 человек), 3-5 лет – 34% (61 человек), 6-10 лет – 33% (59 человек), 11 лет и более - 26,3% (47 человек). 80% имели квалификационную категорию, в том числе 25% - высшую. По возрастному составу, стажу работы в учреждении, наличию квалификационных категорий группы между собой не имели достоверных различий. Ответ на каждый из вопросов анкеты принимал одну из трех возможных форм: +1; 0; -1. Методика позволяет

Репозиторий ГрГМУ

выявить эмоциональный, поведенческий и когнитивный компоненты отношений в коллективе. В качестве существенного признака эмоционального компонента рассматривался критерий привлекательности на уровне понятий «приятный - неприятный», «нравится – не нравится» и оценивает взаимную симпатию друг к другу членов коллектива. Вопросы, направленные на измерение поведенческого компонента, соответствовали критерию «желание - нежелание» работать в данном коллективе, а также «желание - нежелание» общаться с членами коллектива в сфере досуга. Основным критерием когнитивного компонента являлась переменная «знание – незнание» особенностей членов коллектива. При этом под особенностями членов коллектива подразумевались как качества, формирующиеся непосредственно в процессе работы, так и личностные свойства, раскрывающиеся при неформальном общении. Ответ на каждый вопрос принимал одну из возможных форм: +1; -1; 0. Обработка результатов тестирования проводилась с помощью раздельного анализа эмоционального, поведенческого и когнитивного компонентов отношений в коллективе, а также суммирования показателей всех составляющих. Средние значения, расположенные в интервале [-0,34;-0,33], свидетельствовали об отрицательной оценке исследуемого компонента; в интервале [-0,34;0,33] – противоречивой; в интервале [0,34;1,0] - положительной. Полученные данные обработаны на компьютере с использованием стандартного пакета программ статистического анализа. Оценка статистической значимости различий при сравнении средних величин проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Общий показатель удовлетворенности психологическим климатом в коллективе среди среднего медицинского персонала в течение последних четырех лет достоверно снизился с 1,38±0,12 усл. ед. в 2012 году до 0,8±0,05 усл. ед. - в 2015 году, $p<0,05$ (таблица 1). Сохраняется снижение привлекательности коллектива по поведенческому критерию с 0,15±0,02 в 1-ой группе до 0,1±0,02 в 4-ей группе, что свидетельствует о том, что медицинские сестры не стремятся совместно проводить досуг, мало общаются с коллегами вне работы. Эмоциональный критерий, оценивающий взаимную симпатию друг к другу членов коллектива, в течение последних 3-х лет является ведущим. Учитывая, что ни один из критериев не достигает единицы, можно с уверенностью говорить о том, что сплоченность коллектива невысокая и никак не может являться удерживающим фактором.

Репозиторий ГомГМУ

Таблица 1. – Показатели социально-психологического климата среди средних медицинских работников УЗ «Гродненская инфекционная клиническая больница» за период 2012-2015 гг.

Исследуемая группа	Коэффициент социально-психологического климата, усл. ед.			
	суммарный	Эмоциональная составляющая	Поведенческая составляющая	Когнитивная составляющая
1-я группа (n =39)	1,38±0,12	0,56±0,09	0,15±0,02	0,67±0,11
2-я группа (n =51)	1,4±0,23	0,8±0,02	0,3±0,03	0,5±0,04
3-я группа (n =59)	0,8±0,05	0,6±0,01	0	0,2±0,05
4-я группа (n =30)	0,8±0,05	0,5±0,02	0,1±0,02	0,3±0,05

Установлено, что в целом, отношения в коллективе сотрудницы оценивают как доброжелательные, а психологический климат как комфортный. Вместе с тем, при уменьшении недоброжелательности увеличилось количество затруднительных ответов, что можно расценивать как признак более формальных отношений в коллективе, без глубокой эмоциональной вовлеченности, в связи с чем, и более ровные.

Подавляющее большинство сотрудниц (86%) считают, что созданы благоприятные и комфортные условия для работы. 54% опрошенных удовлетворены возможностью расти профессионально. Обращает внимание снижение удовлетворенности средним медперсоналом организацией труда с 33% до 28%. Основная жалоба - это "обилие лишних бумаг". 90% не удовлетворены оплатой труда в 4-ой группе (полученный показатель - 0,9 усл. ед.), 77% - в 1-ой группе, 80% - во 2-ой, 60% - в 3-ей.

Заключение. Проведенное исследование позволяет определить социально-психологический климат в коллективе средних медицинских работников учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» достаточно комфортным с высоким суммарным коэффициентом. Однако, наблюдаются негативные тенденции к снижению когнитивной и поведенческой составляющих. Проведение реконструкции и улучшение условий труда положительно оценивается средними медицинскими работниками. Вместе с тем, коэффициент удовлетворенности уровнем заработной платы остается на отрицательных значениях. С целью повышения производительности труда и закрепленности на рабочих местах полученные результаты учтены при разработке основных направлений в работе со средним медицинским персоналом в УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» на 2016 год: привлечение медицинских сестер в проведение общественных мероприятий и работу общественных организаций, сокращение документооборота и завершение компьютеризации рабочих мест, повышение заработной платы, укомплектование ставок с целью уменьшения нагрузки.

Репозиторий ГрГМУ

Литература.
1) Денисов, Н. Л. Социально-психологический климат в студенческом коллективе в разные периоды обучения / Н. Л. Денисов // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №2. – С. 64-65.
2) Михалевич, П. Н. Общественное здоровье и здравоохранение : курс лекций. В 2 ч. Ч.1 / П.Н. Михалевич, П. А. Савчук, Н. С. Сердюченко. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2014. – С. 438-475.
3) Спивак, В. А. Развивающее управление персоналом / В. А. Спивак. - СПб. : Издательский дом «Нева», 2004. – С. 100-102.
4) Шалыто, А. Ю. Изучение социально-психологического климата в трудовом коллективе с помощью «экспресс-методики» // Социально-психологические проблемы в производственном коллективе / Под ред. А. Ю. Шалыто, О. С. Михалюк. М.: Наука, 1983. – С. 187-197.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ КОЕК В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. Н. Кроткова, А. К. Дойлидо
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Важнейшим резервом улучшения финансового обеспечения отрасли здравоохранения в Республике Беларусь является оптимизация коечного фонда, необходимо обеспечить работу койки с максимальной нагрузкой и по профилю. В Гродненской области за последние три года в рамках проведения оптимизации коечного фонда в инфекционной службе сокращено 70 коек (14,7%): в 2013 году - 5 коек (УЗ «Мостовская ЦРБ»), в 2014 году - 57 коек (УЗ «ГОИКБ» - 42, по 5 коек УЗ «Новогрудская ЦРБ», УЗ «Мостовская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ»), в 2015 году - 15 коек (по 5 в УЗ «Ивьевская ЦРБ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»). По состоянию на 01.01.2016 развернуто 417 инфекционных коек (217 для взрослых и 200 для детей). Обеспеченность инфекционными койками в целом по области составляет 3,96 на 10 тыс. человек, в Республике Беларусь – 4,69 на 10 тыс. человек.

Таблица 1. Обеспеченность койками инфекционного профиля в Республике Беларусь по состоянию на 01.01.2016.

Область	численность населения тыс. человек *	число инфекцион-ных коек взр.	число инфекцион-ных коек дет.	число инфекцион-ных коек всего.	число инфекцион-ных коек на 10 тыс. человек
Республика Беларусь	9 480,9	2 115	2 335	4 450	4,69
Брестская	1 388,9	301	352	653	4,70
Витебская	1 198,5	347	352	699	5,83
Гомельская	1 424,0	406	313	719	5,05
Гродненская	1 052,6	217	200	417	3,96
г. Минск	1 938,2	210	790	1000	5,16

Репозиторий ГрГМУ

Область	численность населения тыс. человек *	число инфекционных коек взр.	число инфекционных коек дет.	число инфекционных коек всего.	число инфекционных коек на 10 тыс. человек
Минская	1 407,9	380	115	495	3,52
Могилевская	1 070,8	254	213	467	4,36

** - по данным официального сайта Национального статистического комитета Республики Беларусь http://www.belstat.gov.by/ на 01.10.2015.*

Расчетный показатель потребности в инфекционных койках с учетом численности населения районов представлен в таблице 2. Данный показатель не учитывает сложившийся уровень госпитализации и интенсивность использования имеющегося коечного фонда.

Таблица 2. Показатели обеспеченности и потребности инфекционных коек из сложившегося показателя по Республике в Гродненской области на 01.02.2016 г.

Наименование района	Население, чел.	Расчетный показатель, койки	Фактическое наличие, койки
Берестовицкий	15 719	7	15
Волковысский	70 750	33	30
Вороновский	26 294	12	20
Дятловский	25 339	12	-
Зельвенский	15 613	7	-
Ивьевский	24 034	11	20
Кореличский	20 525	10	-
Лидский	132 112	62	40
Мостовский	28 928	14	20
Новогрудский	45 887	22	30
Островецкий	23 798	11	10
Ошмянский	30 980	15	20
Свислочский	15 998	8	-
Слонимский	65 097	31	35
Сморгонский	52 604	25	30
Щучинский	40 936	19	19
Гродненский р-н	49 951	23	-
г.Гродно	365 632	171	134
ОБЛАСТЬ	1 050 197	493	423

За 2015 г. в Гродненской области пролечено на инфекционных койках 15 751 человек (2014 - 14 969) в т.ч. взрослых - 7 547 (6 977) и детей - 8 204 (7992). Занятость койки для взрослых составила 285,5 дня (283,8), койки для детей - 266,6 дня (271,0). Функция (оборот) койки для взрослых 37,1 (28,9),

Репозиторий ГрГМУ

койки для детей - 42,6 (33,9). Средняя длительность лечения взрослых составила 7,7 дня (8,2), детей - 6,3 дня (6,1).

В структуре нозологических форм инфекционных заболеваний в течение ряда последних лет лидирующие позиции занимают острые кишечные инфекции и острые респираторные инфекции. Ежегодно отмечается подъем заболеваемости инфекциями, при которых госпитализация необходима только в инфекционное отделение, в том числе с редкими – малярия, амебиаз, дифиллоботриоз, кожный лейшманиоз. В 2014 г. в Слонимском районе впервые с 1998 г. зарегистрировано 7 лабораторно подтвержденных случаев кори, в Вороновском районе - вспышка трихенеллеза. В 2015 году - вспышка трихенеллеза в Берестовицком районе (16 случаев), случай кори в г. Гродно, подъем заболеваемости ветряной оспой с 562,1 до 669,7 на 100 тыс. населения, а так же коклюшем, энтеровирусной и герпетическими инфекциями, острыми серозными и гнойными менингитами.

В каждом районе на базе инфекционного отделения размещаются пациенты с подозрением на туберкулез, пациенты с ВИЧ-инфекцией (на диспансерном учете состоит 277 человек со стадией СПИД и пре-СПИД), с лихорадками неясной этиологии. На базе инфекционного отделения предусмотрено разворачивание госпитальной базы в случае выявления ООИ.

Вместе с тем интенсивность использования имеющегося коечного фонда в районах Гродненской области существенно различается (таблица 3).

Таблица 3. Показатели использования инфекционных коек в Гродненской области за 2014-2015 годы

	выписано		проведено койко-дней		занятость без учета временного закрытия		занятость с учетом временного закрытия	стоимость койко-дня тыс. руб.
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2015	2015
Берестовицкий	455	460	3 696	3 847	246,4	256,5	256,5	390,5
Волковысский	784	707	4 230	4 888	141,0	162,9	162,9	741,4
Вороновский	535	553	3 798	3 946	189,9	197,3	243,3	449,8
Ивьевский	895	980	7 131	7 457	285,2	310,7	310,7	524,3
Лидский	1 416	1 417	10 999	10 957	275,0	273,9	297,1	423,2
Мостовский	811	778	6 181	5 839	309,1	292,0	292,0	408,9
Новогрудский	993	982	7 019	7 590	234,0	253,0	253,0	485,3
Островецкий	234	212	1 478	1 308	98,5	109,0	280,8	698,3
Ошмянский	683	653	5 851	5 568	234,0	278,4	278,4	512,6
Слонимский	1 260	1 351	7 057	8 022	201,6	229,2	275,8	643,6
Сморгонский	1 149	1 228	8 477	8 728	282,6	290,9	290,9	437,3
Щучинский	774	651	6 481	4 640	341,1	244,2	244,2	682,0
ИТОГО по районам	9 989	9 972	72 398	72 790	238,15	246,7	258,2	534,0

Репозиторий ГрГМУ

Наиболее низкая занятость койки без учета временного закрытия в УЗ «Островецкая ЦРБ» 109 дней; УЗ «Волковысская ЦРБ» 162,9; УЗ «Вороновская ЦРБ» 197,3. В течение года в инфекционных отделениях центральных районных больниц проводилось временное закрытие коек в летний период. С учетом временного закрытия наиболее низкая занятость койки (норматив 280 дней) в пяти ЦРБ: УЗ «Берестовицкая ЦРБ» 256,5 дней; УЗ «Волковысская ЦРБ» 162,9; УЗ «Вороновская ЦРБ» 243,3; УЗ «Новогрудская ЦРБ» 253,0; УЗ «Щучинская ЦРБ» 244,2. В 4-х районах (Свислочский, Кореличский, Дятловский, Зельвенский) инфекционных коек нет. Стационарное лечение пациентов из данных районов осуществляется на базе 3-х межрайонных отделений, развернутых на функциональной основе: за инфекционным отделением УЗ «Волковысская ЦРБ» закреплены пациенты из Свислочского района, УЗ «Новогрудская ЦРБ» - Кореличского района, УЗ «Слонимская ЦРБ» - Дятловского и Зельвенского районов, из г. Гродно и Гродненского района – в УЗ «ГОИКБ». Работа межрайонных отделений недостаточно эффективна.

Таблица 4. Удельный вес пациентов, пролеченных в межрайонных инфекционных отделениях из закрепленных районов за 2014-2015 годы.

Межрайонное инфекционное отделение	Закрепленные районы	2014г.		2015	
		чел.	% от выписанных	чел.	% от выписанных
УЗ «Волковысская ЦРБ»	Свислочкий	33	4,53	34	4,4
УЗ «Слонимская ЦРБ»	Дятловский, Зельвенский	56	4,27	29	2,15
УЗ «Новогрудская ЦРБ»	Кореличский	96	9,6	79	7,7

В Дятловском и Кореличском районах отсутствуют полноценные КИЗы - работают совместители на 0,25 ставки. В Зельвенском районе отсутствует врач - инфекционист. При анализе структуры клинических форм уровень госпитализации пациентов с непрофильной патологией вырос с 3,1% до 3,9% (таблица 5).

Таблица 5. Удельный вес пациентов с непрофильной патологией за 2014-2015 г.

	выписано пациентов всего, чел.		выписано пациентов с непрофильной патологией, чел.		процент пациентов с непрофильной патологией	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Берестовицкий	455	460	94	103	20,7	22,4
Волковысский	784	707	9	12	1,1	1,7
Вороновский	535	553	64	74	12,0	13,4
Ивьевский	895	980	14	31	1,6	3,2
Лидский	1 416	1 417	22	43	1,6	3,0
Мостовский	811	778	11	15	1,4	1,9
Новогрудский	993	982	36	41	3,6	4,2
Островецкий	234	212	2	9	0,9	4,2
Ошмянский	683	653	16	33	2,3	5,1

Репозиторий ГрГМУ

Слонимский	1 260	1 351	14	12	1,1	0,9
Сморгонский	1 149	1 228	8	5	0,7	0,4
Щучинский	774	651	16	8	2,1	1,2
ИТОГО по районам	9 989	9 972	306	386	3,1	3,9

Наиболее высокий удельный вес непрофильных пациентов зарегистрирован в инфекционном отделении УЗ «Берестовицкая ЦРБ» - 22,4% (инфекционные койки находятся в составе терапевтического отделения, основная масса непрофильной патологии – болезни системы кровообращения) и УЗ «Вороновская ЦРБ» - 13,4% (за счет купирования абстинентного синдрома на платной основе).

На основании изложенного, принимая во внимание приграничное расположение Гродненской области и волнообразный (взрывной) характер течения инфекционного процесса, расчетные показатели потребности в инфекционных койках с учетом численности населения районов, интенсивность использования имеющегося коечного фонда, структуру клинических форм и иные факторы, можно сделать следующие выводы:

1. Обеспеченность инфекционными койками в целом по области значительно ниже среднереспубликанских и нормативных показателей.
2. С целью дальнейшей оптимизации использования коечного фонда в 2016 году необходимо пересмотреть маршруты госпитализации пациентов с инфекционной патологией с использованием возможностей лечебно-диагностической базы УЗ «ГОИКБ», что позволит сократить по 5 инфекционных коек в УЗ «Берестовицкая ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», в УЗ «Щучинская ЦРБ». Сокращение коек в данных районах не отразится на доступности помощи населению, в том числе в случае осложнения эпидситуации.
3. Целесообразно в 2016 году определить УЗ «ГОИКБ» лечебно-консультативным центром по гепатологии, клещевым инфекциям и герпетической инфекции, где возможно объединить этап диагностики, лечения и вакцинопрофилактики (для клещевых и герпетических инфекций).

РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ У ВИРІШЕННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНІЇ У ПІДЛІТКІВ

І. М. Круковська, І. Р. Махновська

Житомирський інститут медсестринства, Украина

Актуальність проблеми – пов’язана з вживанням наркотиків підлітками, стала сьогодні загрозливим викликом українській нації й державі. На сьогоднішній день питання боротьби з наркоманією серед підлітків стоїть на одному рівні з питанням стосовно боротьби зі злочинністю.

Репозиторий ГрГМУ

Це одні з найважливіших соціальних трагедій. Адже вони пов’язані один з одним, так як майже 45% злочинів вчиняються у стані наркотичного сп’яніння.

На сьогоднішній день суспільство не винайшло ліків від цієї страшної хвороби. Кожного року число наркотично залежних серед підлітків зростає і на даний момент сягає 16%. Особливо гостро в сучасному суспільстві постала проблема наркоманії, яка перетворилася на проблему всіх верств населення, починаючи з людей, що живуть за межею бідності та закінчуючи заможними людьми.

Відносно нашої країни ця проблема є особливо актуальною, що пов'язано з недостатньо високою культурою суспільства, а також із певними світоглядними уявленнями людей стосовно наркотиків, із стереотипами громадської думки щодо ставлення до споживачів цих речовин. Все це призводить до різкої соціальної реакції відторгнення підлітка-наркомана з боку суспільства. Емоційне не сприйняття родиною приводить до того, що він опиняється на краю суспільства, загнаний туди своїми ж друзями, батьками, соціальними службами, роботодавцями. Єдине середовище, де його приймають без докорів, агресії і відторгнення, і де він може хоч якось "функціонувати", - це середовище, в якому панує культура споживання наркотиків й інших родиною психоактивних речовин. На сучасному етапі проблему зловживання психоактивними речовинами серед підлітків необхідно розглядати, перш за все, як проблему особистості, акцентувати увагу на профілактиці, яка дає можливість зберегти фізичне і духовне здоров'я. Функцію профілактики повинна взяти на себе сестра медична, яка повинна формувати у підлітків розуміння важливості дотримання здорового способу життя. Кваліфіковані медичні сестри можуть надати юнакам та дівчатам достовірну професійну інформацію та кваліфіковані поради з проблеми підліткової наркоманії, а отже – ефективно сприяти попередженню цього негативного явища серед молоді.

Метою дослідження є встановлення основних причин виникнення та поширення наркоманії серед підлітків, а також визначення наслідків та шляхів запобігання розповсюдження наркоманії.

Дослідження вчених, присвячені підлітковій та молодіжній наркоманії, показали, що виділення конкретних причин наркотизації підлітків і старшокласників є неможливим. Докладний аналіз вітчизняної й зарубіжної наукової літератури із проблем наркоманії показав різноманіття точок зору й підходів до даного питання. Ряд авторів відзначає, що ступінь ризику виникнення наркоманії залежить від акцентуацій характеру підлітків й юнаків. С. П. Генайло встановив, що наркоманія формується переважно в підлітковому віці у осіб з вираженими тенденціями до самоствердження й негайного задоволення своїх потреб у сполученні зі здатністю до тривалої, цілеспрямованої діяльності, дратівливістю, схильністю до надлишкового фантазування, демонстративному прояву почуттів, наслідуванню й неправді. Ця обставина приводить до зниження соціальної адаптації й сприяє формуванню асоціальних форм поведінки, у тому числі вживанню

Репозиторий ГГМУ

психоактивних речовин. Ступінь виразності особистісних змін, їхні особливості обумовлюються порушеннями батьківського відношення й виховання. За даними В. С. Битенського, тип акцентуації характеру впливає на виникнення девіації й більше того, визначає вибір психоактивної речовини. Так, наприклад, епілептоїдний тип виявляє особливу цікавість до галюциногенів та інгаляторів; підлітки з істероїдною акцентуацією віддають перевагу приємному стану або заспокоєнню - транквілізаторам; при шизоїдному типі проявляється тенденція до вживання опійних препаратів та гашишу. Відзначається також схильність до адиктивного поводження підлітків з нестійким, конформним, гіпертимним, циклоїдним типами акцентуації характеру. Д. Гілмер виділив чотири групи наркоманів:

1. До першої групи відносяться підлітки, що приймають наркотики в певних ситуаціях. Наприклад, студенти, що приймають психостимулюючі засоби під час підготовки до іспитів для підвищення працездатності. У цих особливих випадках у деяких з них може виникнути психічна залежність.

2. Другу групу становлять так звані «аматори задоволень». Вони за допомогою хімічних засобів хочуть підняти собі настрій. Наркотик приймають не часто й не випробовують бажання повторювати подібні відчуття.

На відміну від хронічних наркоманів, що приймають наркотики поодинці або парами, «аматори задоволень», як правило, роблять це в спеціально відведених місцях. Їхнє поводження не вважається психопатологічним, особливо якщо це не повторюється часто.

3. Наступну групу підлітків, що експериментують із наркотиками, Д.Гілмер називає «дослідниками». Вони впевнені, що сучасні суспільні структури є помилковими і архаїчними, і що вони самі, досить незвичайним способом, тобто за допомогою психоактивних хімічних речовин, що розширюють грані свідомості, можуть знайти нову модель суспільного життя.

4. Нарешті, до четвертої групи належать хронічні наркомани, чиє існування повністю підпорядковане щоденному пошуку й вживанню наркотиків. Усі вони без винятку перебувають у психічній або фізичній наркотичній залежності і у значній мірі проявляють ненормальні риси особистості й психопатологічні форми поведінки.

Сучасні вчені і практичні лікарі отримали безліч доказів шкідливої дії наркотиків. Наркотики мають наркотичну і токсичну дію. Наркотична дія виявляється в тому, що вони роблять підлітка психічно, а потім фізично-залежним. Токсична дія виявляється в отруйливих властивостях наркотиків.

Наркотичні речовини руйнують всі органи, але передусім вони згубно впливають на центральну нервову систему, яка є для них основною мішенню, тому наркотики називають нейтротипними отрутами.

Після вживання наркотику мозок підлітка буквально ним просочується. Наркотична речовина вільно проникає в мозок і насичує його тканину. Це спричиняє нейротоксичні явища: настають кисневе голодування і порушення провідникової регуляції між основними центрами нервової системи. Великі дози наркотиків спричиняють втрату чутливості, параліч нервових закінчень,

Репозиторий ГГМУ

а також загибель нервових клітин мозку. Наркотики вражають насамперед найскладніший вищий відділ нервової системи – кору головного мозку. У тих осіб, які почали вживати наркотики у період становлення особистості (у підлітковому віці) протягом 2-5 років формуються стійкі патологічні особистісні зміни, їх поведінка стає психоподібною, часто поєднуються з антисоціальними і асоціальними діями.

Наркоманія серед підлітків – медико-соціальна проблема, тому вимагає комплексного підходу як у клінічному, такі в соціальному плані. Не можна ізольовано формувати свідомість людини, не змінюючи свідомості навколишнього середовища. А це означає, що для боротьби з наркоманією серед молоді також як і з іншими соціальними хворобами, необхідне створення здорової соціальної обстановки, політичної стабільності, оздоровлення загальноекономічної і духовно-етичної атмосфери в нашій країні.

Висновок. Таким чином, узагальнюючи наведене, можна стверджувати, що значущість проблеми наркоманії серед підлітків в Україні зростає з кожним роком. Але щоб отримати перемогу над цією хворобою людство повинно перш за все зрозуміти небезпеку цього лиха. Адже у багатьох, особливо у молоді, існує неправильне уявлення про наркотики. Підлітки помиляються, вважаючи наркоманію розвагою, що відносить у світ приємних відчуттів. Вони навіть не підозрюють, яку небезпеку приховують у собі ці „задоволення", які наслідки спричиняють нешкідливі на перший погляд захоплення, до якої життєвої трагедії вони призводять. Для вирішення цього питання необхідно дивитися у корінь самої проблеми, необхідно з'ясувати причину і створити умови, щоб у майбутньому вона не призвела до небажаних результатів. Питанню наркоманії серед підлітків необхідно приділяти більше уваги, важливу роль у вирішенні цього питання відіграє сестра медична. Саме вона повинна формувати у підлітків негативне ставлення до наркотичних речовин. Одним з її основних завдань є популяризація знання про шкоду наркотиків серед молоді.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК - КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

О. Е. Кузнецов, О. В. Горчакова, А. А. Кузнецова
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УО «Гродненский государственный медицинский колледж»

Опухоли толстого кишечника, прямой кишки или колоректальный рак (КРР) считаются сравнительно частой патологией. В Европейских странах заболеваемость составляет около 20-30 случаев на 100 тыс. жителей, в Беларуси, в 2013-15 годах в структуре новообразований кишечника зарегистрировано около 2 557 новых случаев опухолей толстой кишки и 1 938 случаев рака прямой кишки [1]. 5% всех опухолей данной локализации являются наследственно-обусловленной патологией, предрасположенность к

Репозиторий ГрГМУ

которой передаётся по аутосомно-доминантному типу. В Европе и Америке доказано, что около 15-20% пациентов с опухолями толстой кишки имеют среди родственников I степени родства такую же патологию [4].

Факторы и показатели риска развития опухоли:

возраст: возникновение опухоли возрастает после 55 лет.

наличие родственника I степени родства, заболевшего КРР до 50 лет (риск заболеть среди членов его семьи удваивается). В этом случае следует подозревать наследственные синдромы [5]. Метод, позволяющий определить наследственно-обусловленные формы КРР – молекулярно-генетический.

Цель исследования – уточнение клинических критериев наследственного КРР для ранней диагностики (молекулярно-генетическое исследование, определением мутаций).

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в Гродненском регионе в 2010-2015 гг. Проведен популяционный, госпитальный скрининг и скрининг регионального онкологического регистра, которым было охвачено 13 182 человека. Скрининг регистра – 416 человек (пациенты, состоящие на учете по поводу КРР), госпитальный скрининг – 196 человек (лица, находящиеся на стационарном лечении с подозрением на наличии опухоли), популяционный скрининг – 12 570 человек (практически здоровые пациенты). При разработке критериев формирования групп риска развития КРР, за основу был взят приказ МЗ РБ от 27.12.2007г. №1018 [2]. В ходе проведения скрининга все лица были распределены по группам: высокий риск развития наследственного колоректального рака, подозрение на наличие наследственного колоректального рака и отсутствие риска наследственного рака.

Данные респондентов отражали информацию о частоте и характере онкопатологии у пробанда/родственников и вносились в запатентованную, для лиц с наследственной патологией базу данных [3]. Статистический анализ – SPSS 13.

Результаты исследования. По данным статистического управления области в регионе на учете состоит 1 805 больных колоректальным раком, из них на долю женщин приходилось 57,8% (1043 случая). Из общего числа, в возрасте до 50 лет, рак был диагностирован у 789 человек, из них 63,0% женщин (497 человек). По мере увеличения возраста возникновения заболевания при постановке на учет, в структуре пациентов с КРР увеличивалось количество мужчин ($p<0,01$). У 25% пациентов с раком был отягощенный семейный анамнез. Критерием отбора пациентов с КРР для дальнейшего молекулярного исследования с целью поиска мутаций в генах является возраст на момент постановки диагноза. Учитывая, что такие пациенты составили 43,7% от состоящих на учете, а также принимая во внимание опыт работы Европейских центров по мониторингу и диагностике наследственных опухолей, предложены критерии формирования клинических групп риска развития наследственного КРР.

Критерии отнесения к группе «подозрение на наличие наследственного колоректального рака»:

Репозиторий ГрГМУ

– наличие у пациента синхронного или метахронного колоректального рака и ассоциированных с ним опухолей в любом возрасте;

– наличие у пациента патологических признаков высокой микросателлитной нестабильности (инфильтрации лимфоцитами, Crohn's-подобная лимфоцитарная реакция, молекулярный характер роста), установленных в возрасте до 60 лет;

– колоректальный рак и ассоциированные с ним опухоли (рак эндометрия, желудка, яичников, поджелудочной железы, уретры и почечных лоханок, желчных протоков, мозга, сальных желез, аденомы и кератоакантомы, карциномы), диагностированные, по крайней мере, у одного родственника 1-й степени родства в возрасте моложе 50 лет;

– колоректальный рак или ассоциированные с ним опухоли, диагностированные в любом возрасте у 2-х родственников 1-й или 2-й степени родства.

Критерии включения в группу «высокого клинического риска возникновения наследственного колоректального рака»:

– колоректальный рак или ассоциированные с ним опухоли, диагностированные у 3-х и более родственников 1-й степени родства, по крайней мере, у одного родственника в возрасте моложе 50 лет.

Анализ результатов анкетирования респондентов при проведении популяционного, госпитального скрининга и скрининга онкологического регистра позволил распределить пациентов в группы: отсутствие риска наследственного колоректального рака, подозрение на наличие наследственного колоректального рака и высокий риск развития наследственного колоректального рака. Полученные результаты скрининга приведены в таблице 1.

Таблица 1. Риск развития наследственного колоректального рака у пациентов при госпитальном, популяционном скрининге и скрининге онкологического регистра

Группа риска	N	%
Скрининг онкологического регистра		
Высокий риск наследственного колоректального рака	7	1,68
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	95	22,84
Отсутствует риск наследственного рака	314	75,48
Всего	416	
Госпитальный скрининг		
Высокий риск наследственного колоректального рака	13	6,63
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	53	27,04
Отсутствует риск наследственного рака	130	66,32
Всего	196	
Популяционный скрининг		
Высокий риск наследственного колоректального рака	10	0,08
Подозрение на наличие наследственного колоректального рака	52	0,41
Отсутствует риск наследственного рака	12508	99,51
Всего	12570	

Репозиторий ГрГМУ

Как видно из таблицы, среди лиц с установленным диагнозом колоректальной опухоли, при скрининге онкологического регистра региона, встречаемость лиц с высоким риском развития наследственного КРР, составила 1,68% от общего количества опрошенных ($p<0,05$). При анкетировании лиц, находящихся на лечении в стационаре, выявлено 13 пациентов с высоким риском развития наследственного КРР и 53 – с подозрением на наличие наследственного колоректального рака: 6,63% и 27,04% соответственно. Из общего числа респондентов, опрошенных при проведении популяционного скрининга, суммарный высокий риск наследственного КРР и лиц с подозрением на наличие наследственного колоректального рака составил 0,49% (62 человека от общего числа анкетируемых).

Выводы. Повышенный риск развития КРР наследственного генеза имеется почти у 0,5% населения региона. Частота выявления лиц с высоким риском развития наследственного КРР, достоверно больше при госпитальном скрининге чем при скрининге онкологического регистра региона ($p<0,002$). По результатам скринингов, удельный вес лиц, вошедших в группу повышенного риска развития КРР – 8,39%. Эти лица (родственники) нуждаются в исследовании генетических особенностей наследственных форм опухоли, дальнейшем динамическом наблюдении с целью, профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения.

Эти данные позволяют говорить об актуальности создания региональных центров диагностики наследственных опухолей, позволяют формировать группы риска среди населения, оказывать помощь в планировании объема работ по лабораторной и инструментальной диагностике и рассчитать потребность в оборудовании, необходимом для проведения диспансеризации, профилактических и диагностических мероприятий.

Литература

1. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2003-2012) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин // РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. – Минск, 2013. – 373с.
2. Приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь №1018 27.12.2007 №1018 «Об онкогенетическом консультировании». Минск: 2009. – 2с.
3. Савицкий, С.Э. Диагностическая информационно-диагностическая система предупреждения наследственного рака (ДИАС) / С.Э. Савицкий, О.Е. Кузнецов, С.А. Ляликов.– Гродно: Гродненская обл. клин. больница. № 147 (С20100021) от 26.02.2010; опубл. 25.03.2010 // Реестр зарег. компьют. прогр. Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2010.
4. Gardovski, A. Clinical and molecular features of hereditary breast and ovarian cancer in Latvia / A. Gardovski // Riga P. Stradin University. – Riga, 2008. – 36 p.
5. Rabeneck, L. Ontario's Colon Cancer Check: results from Canada's first province-wide colorectal cancer screening program. / L.Rabeneck [and oth.] // Oncology. Ontario, 2014. – №23(3) – p. 508–515.

Репозиторий ГрГМУ

К ВОПРОСУ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИОПИЕЙ И ПДС СРЕДИ УЧАЩИХСЯ УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

М. Ю. Куликова

УО «Гомельский государственный медицинский колледж», Беларусь

Введение. Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, учащейся и студенческой молодежи является основой благополучия общества, государства в будущем. Поэтому в реформах отечественного здравоохранения приоритетным направлением считается разработка государственных мер по сохранению и укреплению здоровья молодёжи. Основное место в данной системе мер занимает профилактика снижения остроты зрения.

Согласно оценкам ВОЗ, в мире живет 153 миллиона человек с нарушением зрения, вызванным нескорректированными аномалиями рефракции. В это число не входят люди, живущие с нескорректированной пресбиопией, число которых, согласно некоторым предварительным данным, видимо, достаточно велико.

По данным Министерства здравоохранения за 2014 год в Республике Беларусь аномалии рефракции составили 65,9% среди всех детей и подростков, находящихся на диспансерном наблюдении, значительное число детей – 25,2% страдают косоглазием. Одно из ведущих мест в структуре инвалидности по зрению в Республике Беларусь занимает миопия (близорукость).

Поэтому профилактика снижения зрительных функций у детей, подростков, студенческой молодежи приобретает особую актуальность.

Цель исследования – выявить количество учащихся медицинского колледжа, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения (в частности миопию), привлечь внимание широкой аудитории к проблеме нарушений рефракции в среде учащихся и студентов.

Задачи исследования - провести анализ заболеваемости миопией и ПДС в среде учащихся медицинского колледжа, оценить неблагоприятное влияние различных факторов внешней и внутренней среды на формирование миопии среди учащихся, разработать программу совершенствования профилактики миопии.

Методы исследования − изучение научно-практической литературы по данной проблематике, анализ медицинских заключений о состоянии здоровья учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж», проведение анкетирования среди учащихся с последующей обработкой результатов.

Результаты исследования

С нарушением рефракции связаны трудности адаптации в социальной жизни и формирования психо-эмоционально здоровой личности. Высокий

Репозиторий ГГМУ

уровень распространенности аномалий рефракции, в частности миопии в настоящее время ставит под угрозу здоровье и качество жизни детей и лиц работоспособного возраста всего мира.

Близорукость (миопия) - болезнь при которой человек не способен отчетливо видеть отдаленные от него объекты. Причиной этому явлению служит неправильная (удлиненная) форма глазного яблока, либо высокая оптическая сила роговицы глаза. Такого рода изменения приводят к нарушению оптических способностей глаза.

Статистический анализ медицинских заключений (справок ВКК) учащихся, имеющих заболевания органов зрения (миопия и ПДС) и отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, подготовительной группе, группе ЛФК и полностью освобожденных от занятий физической культурой представлен в таблице 1.

Таблица 1 − Статистический анализ заболеваемости миопией и ПДС учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж»

Учебный год	Общее кол-во уч-ся	Кол-во уч-ся подгот. группы	Кол-во уч-ся СМГ	Учащиеся с диагнозом миопия и ПДС			
				Кол-во	% от общего кол-ва уч-ся	% от кол-ва уч-ся подгот. группы	% от кол-ва уч-ся СМГ
2010-2011	709	160	165	37	5,2	15,2	6,8
2011-2012	718	170	172	47	6,5	18,8	7,4
2012-2013	723	168	158	54	7,5	20,8	11,4
2013-2014	703	173	107	81	11,5	23,1	28,0
2014-2015	674	158	103	77	11,4	23,4	15,3
2015-2016	707	131	102	61	8,6	18,5	14,4

Полученные данные показывают, что процент учащихся, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения на протяжении ряда лет достаточно высок.

В анкетировании приняли участие учащиеся медицинского колледжа, имеющие в анамнезе диагноз миопия и ПДС.

Мы выяснили, что подавляющее большинство опрошенных знают факторы, оказывающие влияние на сохранность зрения и выделяют как положительные: специальную гимнастику для глаз, активные занятия физкультурой и спортом, плавание, массаж и самомассаж, занятия ЛФК, рациональное питание, соблюдение режима дня, правильно организованное рабочее место.

Противопоказания при нарушениях рефракции знают 65,5% опрошенных, не знают о противопоказаниях 20,5% опрошенных, имеют

Репозиторий ГомГМУ

только приблизительное представление 14% респондентов. К сожалению лишь 21,5% опрошенных самостоятельно систематически делают гимнастику для глаз и выполняют упражнения ЛФК, рекомендованные при миопии и других нарушениях рефракции, а 49% не выполняют их вовсе, хотя и знают о пользе подобных занятий. Лишь 3,8% опрошенных учащихся периодически делают массаж и самомассаж.

Таким образом, проведенное исследование показало, что достаточно высок процент учащихся, имеющих в анамнезе заболевания органов зрения и снижения зрительных функций. Наиболее распространенной проблемой является миопия и ПДС.

На возникновение миопии, её развитие, последствия влияют множества различных факторов. У студентов и учащихся – это большая зрительная нагрузка, недостаточная двигательная активность, несбалансированное питание, нарушение гигиенических условий труда и быта. Огромную значимость в этой связи приобретает профилактика нарушений рефракции.

Из методов профилактики и не медикаментозного лечения миопии можно выделить три основных: систематические физические упражнения (занятия специальной гимнастикой для глаз, оздоровительной физкультурой и ЛФК), сбалансированное витаминизированное питание, правильно организованное рабочее место и эргономичность в работе.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ Г. ГОМЕЛЯ

М. Ю. Куликова

УО «Гомельский государственный медицинский колледж»

Введение. Здоровье − это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь − это важное слагаемое человеческого фактора.

Здоровье человека зависит от четырех групп факторов:

наследственность, т.е. предрасположенность к наследственным заболеваниям;

социальная среда и образ жизни в ней;

экологические и природно-климатические условия;

возрастные изменения.

Удельный вес первых трех групп факторов в здоровье человека неодинаков. Если условно принять уровень здоровья за 100%, то 20% зависит от наследственных факторов, 20% − от экологических условий среды обитания, 10% − от деятельности системы здравоохранения, а остальные 50% − от самого человека, т.е. от его образа жизни.

Репозиторий ГГМУ

От состояния здоровья во многом зависит успешность учебной и в будущем профессиональной деятельности учащихся и студентов. Нельзя сказать, что попытки решить проблемы сохранения здоровья студенчества и оценить влияние физического состояния на успешность в учебной и дальнейшей профессиональной деятельности возникли только сейчас. Эти вопросы являются предметом дискуссий, многочисленных публикаций, обсуждаются на конференциях, отражены в документах, регламентирующих физкультурно-оздоровительную деятельность.

В документах об образовании особое внимание уделяется проблемам здоровья и ЗОЖ учащейся молодежи.

Цель работы – изучение состояния здоровья учащихся и студентов медицинских учреждений образования г. Гомеля.

Материалы и методы исследования–анализ медицинской документации учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет», проведение анкетирования, обработка результатов.

Исследование проводилось на базе УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и УО «Гомельский государственный медицинский университет». Анализировалась медицинская документация за период с 2001 по 2015 г.г. Анкетирование проводилось в два этапа. В анкетировании приняли участие учащиесяи студенты. Общее количество респондентов –560 человек.

Результаты и обсуждение

Несомненно, что, выбрав местом обучения медицинский колледж и медицинский университет, нынешние учащиеся и студенты имеют представление о том, что могут и должны послужить примером укрепления и сохранения здоровья, ведения здорового образа жизни.

В октябре 2014/15 и 2015/16 учебного года в УО «Гомельский государственный медицинский колледж» было проведено анонимное анкетирование учащихся, результаты которого впоследствии анализировались и сравнивались с результатами проводимого в эти же сроки и раннее на протяжении ряда лет анкетирования студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Анкетирование проводилось по специально составленному опроснику (автор Куликова М.Ю.), включающему несколько блоков вопросов.

В анкетировании приняли участие 240 учащихся 1 курса медицинского колледжа и 320 студентов 1 курса лечебного факультета медицинского университета в возрасте от 17 до 26 лет.

Исследуя отношение к состоянию собственного здоровья, респондентам было предложено провести самооценку здоровья. Результаты отражает таблица 1.

Репозиторий ГомГМУ

Таблица 1. Самооценка здоровья

Утверждение	Результаты	
	колледж	университет
Совершенно здоров	12,2%	0%
Здоровье удовлетворительное	67,8%	63,5%
Здоровье слабое	20%	28,6%
Здоровье совсем плохое	0%	7,9%

К сожалению, число учащихся и студентов ВУЗов, имеющих в анамнезе хронические соматические заболевания и отнесенных по состоянию здоровья к специальным медицинским группам (СМГ),группам ЛФК и полностью освобожденных от занятий физической культурой (ФК)составляет высокий процент от общего числа учащихся и студентов.

Анализ медицинской документации учащихся медицинского колледжа и студентов медицинского университетаг. Гомеля за период с 2001 по 2015 г.г. это полностью подтверждает. Полученные данные наглядно иллюстрирует рисунок 1.

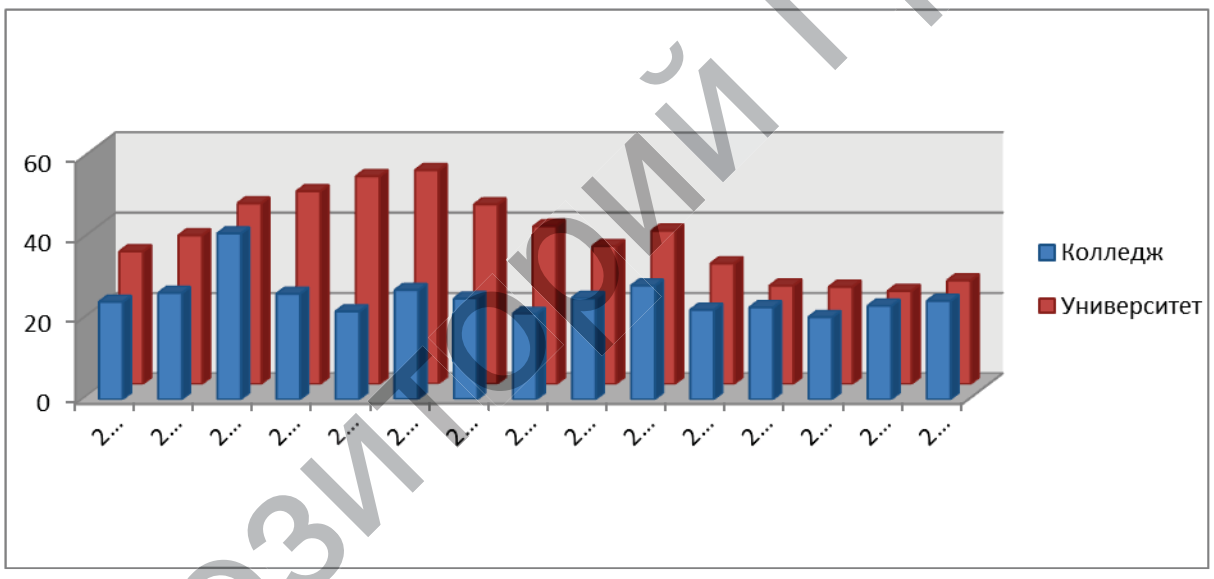


Рисунок 1. Количество учащихся и студентов, отнесенных по состоянию здоровья к СМГ, ЛФК и освобожденных от занятий ФК

Согласно ответам респондентов, далеко не все учащиеся и студенты, имеющие в анамнезе хронические соматические заболевания, знают особенности заболевания, показания и противопоказания к занятиям физическими упражнениями при данной патологии, многие из них отмечают, что имеют об этом только приблизительное представление. Лишь небольшой процент опрошенных занимаются вне учебной программы физической культурой и спортом с оздоровительной целью. Абсолютное большинство респондентов не соблюдают режим дня и считают свое питание не рациональным и не сбалансированным. Кроме того многие учащиеся и студенты, отнесенные по состоянию здоровья к СМГ, ЛФК и освобожденные

Репозиторий ГрГМУ

от физкультуры курят, хотя и знают пагубность этой привычки и опасность для здоровья.

Таким образом, в результате проведенного исследования на примере данных
УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и УО «Гомельский государственный медицинский университет» можно сделать вывод, что на протяжении ряда лет остается высоким процент учащихся и студентов,отнесенных по состоянию здоровья к специальным медицинским группам, группам ЛФК и полностью освобожденных от занятий физической культурой.

Анализ заключений ВКК показал, что наибольший процент – это учащиеся и студенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в частности позвоночника), с патологией органов зрения (миопия и ПДС) и с заболеваниями системы кровообращения.

Кроме того, следует отметить, что зачастую в анамнезе учащиеся и студенты имеют кроме основного 2-3 сопутствующих диагноза. Например, учащиеся и студенты с заболеваниями органов зрения имеют сопутствующий диагноз сколиоз.

Самооценка здоровья учащихся и студентов показала, что большинство опрошенных оценивают свое состояние здоровья как удовлетворительное (67,8% - учащиеся колледжа и 63,5% - студенты университета), а также как слабое (20% - учащиеся и 28,6% - студенты). Кроме того обращает на себя внимание тот факт, что только 12,2% опрошенных учащихся колледжа считают себя совершенно здоровыми. К сожалению ни один опрошенный студент не смог так высоко оценить состояние своего здоровья.

Подавляющее большинство принявших участие в опросе респондентов отметили, что знают основные слагаемые здорового образа жизни (ЗОЖ), однако соблюдают далеко не все и не всегда.

Кроме того, по мнению большинства респондентов, для того, чтобы повысить самооценку состояния здоровья необходимо строго соблюдать основные постулаты ЗОЖ, а именно следить за соблюдением рационального режима труда и отдыха, полностью отказаться от вредных привычек, начать и систематизировать занятия физической культурой и спортом, следить за регулярностью и сбалансированностью питания и др.

Поступив в медицинский университет и медицинский колледж, выбрав профессию медицинского работника, студенты и учащиеся осознают, что здоровый образ жизни может и должен способствовать сохранению и укреплению здоровья. Однако теоретические знания по ЗОЖ не должны расходиться с практикой повседневной жизни.

Необходимо больше внимания уделять практической реализации основных положений ЗОЖ в молодежной и студенческой среде.

Проведенное анкетирование заставило молодых людей задуматься о собственном здоровье и не оставило аудиторию равнодушной.

Репозиторий ГрГМУ

МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НЕРВОВ НЕКОТОРЫХ МЫШЦ ДНА ПОЛОСТИ РТА У ЧЕЛОВЕКА

А.С. Кулиш, Л. В. Измайлова, С. А. Кулиш

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Вопросы возрастной и индивидуальной изменчивости анатомических образований различных областей тела человека в норме и под воздействием различных факторов среды обитания были и остаются актуальными в наши дни. С этой точки зрения анатомия дна полости рта, представляющего собой сложную систему костных, фасциальных и мышечных образований, тесно связанных топографически и функционально с зубочелюстным аппаратом может представлять определенный практический интерес. В частности, при нередко возникающих осложнениях заболеваний зубов и зубных органов, таких как периодонтиты, остеомиелиты, флегмоны и т.п. патологический процесс достаточно часто распространяется и на область дна ротовой полости. Представляют интерес исследования топографо-функциональных связей нервов и сосудов с мышцами и другими образованиями области дна полости рта с целью изучения путей распространения инфекций в этой области. Этими путями могут служить не только межмышечные и межфасциальные щели, но и параневральные и периваскулярные пространства. Кроме того, знание деталей иннервации и кровоснабжения мышц дна полости рта может служить основанием для разработки наиболее рациональных оперативных доступов и приемов при производстве миопластических операций в этой области. Имеющиеся сведения об иннервации и кровоснабжении мышц дна полости рта у человека не в полной мере удовлетворяют запросы современной челюстно-лицевой хирургии, что предопределило задачи данного исследования. В настоящем сообщении мы представляем материалы исследования топографии челюстно-подъязычной ветви нижнего луночкового нерва и особенностей распределения ее ветвей в толще челюстно-подъязычной и переднего брюшка двубрюшной мышц.

Материалом для исследования послужили комплексные двусторонние препараты нервов мышц дна ротовой полости из музея кафедры анатомии человека ХНМУ (10), а также препараты от 14 трупов людей обоего пола и различного возраста. В работе использованы методы макромикроскопического препарирования по Воробьеву-Синельникову и элективной окраски нервов.

Согласно современным представлениям основной органообразующей мышцей дна полости рта человека является челюстно-подъязычная мышца. На всех изученных нами препаратах челюстно-подъязычная мышца получает ветви от челюстно-подъязычного нерва, который формируется от нижнего альвеолярного нерва. Топография уровней его формирования изменчива. На препаратах от людей зрелого возраста наиболее часто (64,5%) нерв формируется на уровне нижнечелюстного отверстия, выше отверстия на расстоянии 5-18 мм (22,9%,) и 12.6% – от внутриканальной части нижнего альвеолярного нерва в 6-12мм ниже нижнего края отверстия. В этих случаях

Репозиторий ГрГМУ

нерв «возвращается» из нижнечелюстного канала и выходит через его отверстие на медиальной поверхности ветви нижней челюсти позади язычка.

После отделения нерв прилежит к внутренней поверхности ветви нижней челюсти, при этом у плодов и новорожденных он располагается практически параллельно к краю нижней челюсти; у детей, вследствие формирования альвеолярных отростков и зубов, между нервом и краем челюсти появляется небольшой угол, который у людей зрелого возраста достигает 40-45^{o}. В пожилом возрасте указанный угол, в связи с выпадением зубов и атрофией альвеолярных отростков этот угол уменьшается до 30-35^{o}. Располагаясь в одноименной борозде ветви нижней челюсти нерв прилежит к наружной поверхности медиальной крыловидной мышцы и это позволило нам выделить во внеорганной (внемышечной) части нерва три топографических отдела по отношению к данной мышце. Первый отдел простирается от места формирования нерва до уровня заднего края мышцы, второй – соответствует ширине медиальной крыловидной мышцы, третий – от переднего края мышцы до места вступления в «ворота» челюстно-подъязычной мышцы и переднего брюшка двубрюшной мышцы. В этом отделе ствол нерва смещается медиально и на уровне заднего края челюстно-подъязычной мышцы разделяется на концевые ветви. Указанные особенности топографии внемышечной части челюстно-подъязычного нерва могут представлять определенный практический интерес при выполнении мандибулярной анестезии внеротовым путем.

Челюстно-подъязычный нерв в пределах поднижнечелюстного треугольника делится на 3-10 первичных ветвей. Большая часть этих ветвей (3-8) погружались в толщу челюстно-подъязычной мышцы брюшка вблизи его бокового края со стороны нижней поверхности, 1-2 первичных стволика направлялись к переднему брюшку двубрюшной мышцы. Каждая из первичных ветвей при погружении в толщу челюстно-подъязычной мышцы разделяется на стволики II-III порядков направляющихся в сторону срединного шва, располагаясь параллельно или под острыми углами (от 10^{o} до 70^{o}) к направлению мышечных пучков. Внутриорганные нервные ветви распространяются как в поверхностном, так и в глубоких слоях мышцы. Между внутримышечными стволиками наблюдаются тонкие соединения в виде дуг и петель, соединяющих разветвления нервов, как пределах одного слоя, так между слоями. Внутримышечные разветвлений нервов распределяются по смешанной или рассыпной форме. Зона наибольшей концентрации интраорганных нервов расположена в пределах средней трети мышцы. В топографии внутримышечных ветвей на всех препаратах отмечается асимметрия.

К переднему брюшку двубрюшной мышцы направляется 1 (90,1% препаратов), реже 2 нервных стволика от челюстно-подъязычного нерва. Этот стволик всегда крупнее стволиков направляющихся к челюстно-подъязычной мышце. Нервы внедряются в толщу мышцы в пределах средней трети брюшка со стороны верхней поверхности, смежной с челюстно-подъязычной мышцей. Внутриорганные нервные стволики II, III и последующих порядков

Репозиторий ГрГМУ

распределяются в переднем направлении, преимущественно параллельно мышечным пучкам по смешанной или рассыпной форме.

В литературе недостаточно внимания уделено вопросам соотношения формы нижней челюсти с формой мышц дна полости рта и характера распределения интраорганных нервов, что может иметь определенное значение для практики. Анализ наших препаратов показал, что форма нижней челюсти определяет форму изученных мышц, а наблюдаемые формы распределения внутриорганных нервов в челюстно-подъязычной мышце и переднем брюшке двубрюшной мышцы зависят от формы нижней челюсти. Так, при узкой форме нижней челюсти указанные мышцы имеют узкую форму. Степень расхождения ветвей челюстно-подъязычного нерва на этих препаратах сравнительно небольшая и колеблется от 10^o до 40^o, а форма распределения внутримышечных нервов – преимущественно смешанная. При широкой форме челюсти эти мышцы соответственно широкие при соизмеримых показателях длинны с таковой у лиц с узкой формой челюсти. Степень расхождения ветвей челюстно- подъязычного нерва в этих случаях более значительная и составляет 40^o – 70^o.

Таким образом, уровень формирования челюстно-подъязычного нерва изменчив, мы установили три уровня его формирования. В топографии челюстно-подъязычного нерва мы выделяем три отдела по отношению к медиальной крыловидной мышце: 1 – верхний от начала до уровня заднего края этой мышцы; 2 – на уровне ее брюшка; 3 – ниже переднего края мышцы до концевых разветвлений, располагающихся на уровне нижнего края тела нижней челюсти. Источником иннервации челюстно-подъязычной мышцы и переднего брюшка двубрюшной мышцы является челюстно-подъязычная ветвь нижнего альвеолярного нерва. Внутриорганное распределение ветвей челюстно-подъязычного нерва в толще изученных мышц происходит преимущественно по рассыпной и смешанной формам и отличается значительной вариабельностью. В толще мышц нервные стволики располагаются параллельно мышечным пучкам или пересекают их под острыми углами. Между внутримышечными нервами наблюдаются связи в виде дуг и петель, связывающих разветвления нервов в различных слоях.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ СРЕДИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

***С. В. Куницкая*[*], *С. В.Сергеенко*[**]**

[*]*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

[**]*ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»*

Актуальность. Инъекционное употребление наркотиков является рискованной формой поведения, способствующей распространению парентеральных вирусных инфекций.

Репозиторий ГрГМУ

Парентеральный путь передачи ВИЧ в обще структуре причин инфицирования (2015 год) составил 36,0% (749 чел. – 2,2 сл./день) и является вторым по значимости после полового пути передачи.

Факторами риска заражения ВИЧ-инфекцией, ВГВ и ВГС у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) является совместное использование инъекционного оборудования: шприцев и игл. Средства и инструменты, используемые в процессе приготовления и дележа раствора (емкости, ложка/крышка, фильтр, пипетка и вода) не обрабатываются предварительно с целью профилактики инфицирования. Риск для потребителей инъекционных наркотиков повышается при использовании в процессе приготовления раствора наркотических веществ кровь. Незащищенные сексуальные отношения (без использования презерватива) так же ускоряют распространение ВИЧ и других парентеральных вирусных инфекций среди ПИН и их сексуальных партнеров.

Наличие нескольких инфекционных заболеваний (коинфекция) – распространенная проблема в среде ПИН. Например, в США количество таких пациентов составляет около 30%, в странах Восточной Европы – 33%. Россия – 74-86%.

Коинфекция ВГВ и ВИЧ обусловлена тем, что заболевания имеют общие эндемичные регионы, ВГВ примерно в 100 раз более контагиозен. По оценкам, в мире около 10% людей, живущих с ВИЧ, инфицированы также и ВГВ. В некоторых странах сывороточные маркеры текущей или перенесенной ВГВ-инфекции обнаруживаются у 2/3 ВИЧ-инфицированных. В 10-15% случаев у пациентов вирусный гепатит В сочетается с гепатитом С. В России по данным литературы частота коинфекции среди ВИЧ-ВГС-положительных наркоманов составила 96,6%. Частота встречаемости маркеров гепатита С более чем в 10 раз превышает частоту встречаемости носительства ВГВ.

Цель: Оценить распространенность ВИЧ-инфекции, ВГВ и ВГС среди инъекционных потребителей наркотиков

Задачи:

Выявить особенности распространенности ВИЧ, ВГВ и ВГС у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Беларуси, выявить связь между ВИЧ, ВГВ и ВГС.

Выявить особенности распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в городах

Материалы и методы. Объект исследования – 1660 инъекционных потребителей наркотиков (ПИН) в городах: Минск (400), Гомель (360), Пинск (290), Полоцк (215), Солигорск (235), Светлогорск (160). На основе результатов лабораторных экспресс-анализов на ВИЧ и парентеральные вирусные гепатитырассчитаны показатели распространенности. Результаты представлены в виде частоты и доверительного интервала с вероятностью безошибочного прогноза 95%. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием Excel. Разность в уровнях распространенности признавалась значимой при $p<0,05$.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение. Распространенность ВИЧ-инфекции среди инъекционных наркопотребителей составила 25,1 (23,58-26,62) случаев на 100 обследованных, гепатита В – 11,2 (9,11-13,29), гепатита С – 61,4 (59,06-63,74) разность в уровнях статистически значима ($p<0,05$). Статистически значимой связи между уровнями пораженности гепатитами и ВИЧ в исследовании не выявлено ($p>0.05$). Наиболее распространенным является ВГС (в 5,5 раза выше чем ВГВ и в 2,4 раза выше ВИЧ).

Наиболее высокий уровень распространенности гепатита В среди обследованных ПИН зарегистрирован в Полоцке 28,4 (22,37-34,7)случая на 100 обследованных, далее Гомель – 22,5 (18,05-26,95), на третьем месте Светлогорск – 7,5 (3,42-11,58).

Несколько иная ситуация сложилась с выявлением вирусного гепатита С. Лидирующую позицию занял г.Минск – 84,5 (80,95-88,05) случаев на 100 обследованных, на втором месте г. Пинск – 69,3 (63,99-74,61), на третьем месте г. Полоцк – 55,8 (49,46-62,14). Наименьший уровень распространенности гепатита С в г. Светлогорске – 38,1 (30,58-45,62).

Наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции в исследуемых группах наблюдалась в г. Светлогорске – 46,9 (39,17-54,63) случаев на 100 обследованных, в г. Минске – 33,3 (28,69-37,91), г. Пинске – 21,72 (16,97-26,47).Распространенность ВИЧ-инфекции в г. Светлогорске в 1,8 раза выше, чем среднее значение по результатам исследования.

Выводы:

1. Распространенность ВИЧ среди ПИН 25,12 (23,03 - 27,21) на 100 обследованных; ВГВ 11,20 (9,68 - 12,72); ВГС 61,44 (59,10 -63,78). Среди трех вирусных инфекций наиболее распространенной является ВГС (в 5,5 раза выше чем ВГВ и в 2,4 раза выше ВИЧ).

2. Наибольшая распространенностьна 100 обследованных ВГВ выявлена в г. Полоцке28,4 (22,37 - 34,43) случаев, ВГС в Минске 84,5 (80,95 - 88,05); ВИЧ в г. Светлогорске 46,88 (39,15 -54,61).

3. Распространенность ВИЧ-инфекции в г. Светлогорске в 1,8 раза, а в г. Минске в 1,3 раза выше, чем среднее значение по результатам исследования.Статистически значимой связи между уровнями пораженности гепатитами и ВИЧ в исследовании не выявлено.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ С 2005 ПО 2014 ГОДЫ (ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ)

С. В. Куницкая, В. Ю. Демидчик, А. Д. Гетманова

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. По современным представлениям рак щитовидной железы (РЩЖ) – это объединенные общей локализацией гетерогенные по спектру проявлений злокачественные новообразования, которые чаще

Репозиторий ГрГМУ

встречаются у лиц женского пола, преимущественно в возрастной группе старше 15 лет.

В настоящее время наиболее изучены три возможные причины, индуцирующие рост РЩЖ: нарушение метаболизма иодида, радиационное воздействие и хронический воспалительный процесс.

До 1990 года РЩЖне редко выявлялся в запущенной стадии и представлял собой серьезную медицинскую проблему. Существовавшие до этого времени методы специального лечения не обеспечивали приемлемых отдаленных результатов[1]. С начала 1990-х годов отмечен устойчивый рост заболеваемости во всех возрастных группах[2]. С 1992 года установлена четкая связь прироста новых случаев рака щитовидной железы у жителей южных регионов Беларуси, что было связано с инкорпорацией изотопов радиоактивного йода после катастрофы на Чернобыльской АЭС[3].

Цель: Выявить особенности заболеваемость пациентов с доказанным морфологическим диагнозом рака щитовидной железы в период с 2005 по 2014 годы.

Задачи:

1.Оценить динамику заболеваемости раком щитовидной железы в период с 2005 по 2014 годы в различных возрастных группах.

2. Определить эпидемиологические риски развития рака щитовидной железы в различных возрастных группах в период с 2005 по 2014 годы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 25 015 наблюдениях рака щитовидной железы, выявленных за период с 1970 по 2014 г., которые были получены из Белорусского канцер-регистра. Для расчета эпидемиологических рисков взят период с 2005 по 2014 г.

Результаты и их обсуждения.

РЩЖ – это заболевание, которое поражает все возрастные группы населения, однако в период до аварии на Чернобыльской АЭСнаиболее высокая заболеваемость раком щитовидной железы регистрировалась среди населения в возрасте старше 70 лет (6,4 случая на 100 тыс. в возрастной группе 75-80 лет в 1980 году).

После аварии на Чернобыльской АЭС частота встречаемости РЩЖ в возрастной группе до 15 лет и составил в 1995 году 3,8 случая на 100 тыс., до 1986 года заболеваемость колебалась в границах от 0 до 0,55 на 100 тыс.. Следующий пик заболеваемости отмечался в 2001 году в возрастной группе от 15 до 19 лет (10,0 случаев на 100 тыс.). В 2011 году подъем заболеваемости сместился на возрастную группу до 25-29 лет (13,3 случая на 100 тыс.).Для оценки основных эпидемиологических рисков заболеваемости раком щитовидной железы населения Республики Беларусь была проанализирована заболеваемость населения в период с 2005 по 2014 гг. (таблицы 1 и 2)

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 1. Заболеваемость раком щитовидной железы населения Республики Беларусь в различных возрастных группах с 2005 по 2014 гг. (на 100 тыс.)

Возраст-ные группы	Годы наблюдений										R^2
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
0-14	0,93	0,41	0,76	0,84	0,57	0,78	0,21	0,70	0,62	0,70	0,57
15-19	4,10	2,52	2,93	3,37	4,36	3,67	4,41	4,06	3,23	5,10	0,82
20-24	7,62	6,59	7,29	6,07	5,66	5,28	4,40	5,20	3,45	5,50	0,93
25-29	7,92	10,19	7,44	9,00	8,83	12,55	13,27	12,23	10,38	10,10	0,92
30-34	11,36	9,04	9,17	11,64	13,07	11,01	13,59	12,14	14,84	14,40	0,85
35-39	11,80	12,30	12,38	15,00	12,96	12,81	13,41	12,51	11,92	18,80	0,92
40-44	13,22	14,18	10,99	14,41	13,87	16,11	16,31	15,85	16,47	15,50	0,81
45-49	18,95	17,76	18,73	15,87	18,18	17,92	19,76	15,89	13,97	18,70	0,81
50-54	24,12	26,70	21,40	25,24	22,09	21,95	21,54	19,22	16,71	20,60	0,81
55-59	19,43	28,07	24,98	25,25	23,61	25,01	23,19	24,91	19,36	24,30	0,82
60-64	19,15	16,84	17,78	25,94	23,26	25,36	23,17	22,79	21,09	21,20	0,82
65-69	15,65	15,36	15,86	16,80	16,03	17,95	13,69	21,03	17,33	17,70	0,31
70-74	11,41	9,22	10,78	14,64	15,76	10,91	12,51	17,01	12,20	16,90	0,65
75-79	5,62	7,98	7,86	9,04	12,28	12,90	8,45	7,75	8,92	10,10	0,95
80+	5,61	6,27	5,10	4,07	4,79	5,66	4,08	5,64	4,28	5,40	0,53

Таблица 2. –Уровни эпидемиологического риска заболеваемости раком щитовидной железы населения Республики Беларусь в период с 2005 по 2014 г.

Возрастные группы	Годы наблюдений									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-14	0,88	0,33	0,76	0,83	0,55	0,78	0,10	0,70	0,61	0,70
15-19	0,60	0,30	0,38	0,46	0,65	0,52	0,66	0,60	0,44	0,76
20-24	0,75	0,64	0,72	0,58	0,53	0,49	0,37	0,47	0,25	0,51
25-29	0,37	0,53	0,33	0,44	0,43	0,68	0,72	0,66	0,54	0,52
30-34	0,47	0,33	0,34	0,48	0,56	0,45	0,59	0,51	0,66	0,63
35-39	0,38	0,40	0,41	0,54	0,44	0,43	0,46	0,41	0,38	0,70
40-44	0,40	0,44	0,30	0,46	0,43	0,53	0,54	0,52	0,55	0,51
45-49	0,51	0,47	0,50	0,39	0,48	0,47	0,54	0,39	0,32	0,50
50-54	0,54	0,61	0,45	0,57	0,47	0,47	0,46	0,39	0,31	0,43
55-59	0,34	0,58	0,49	0,50	0,46	0,49	0,44	0,49	0,34	0,48
60-64	0,41	0,33	0,36	0,62	0,54	0,60	0,54	0,52	0,47	0,47
65-69	0,41	0,40	0,42	0,46	0,43	0,50	0,34	0,62	0,48	0,50
70-74	0,44	0,32	0,41	0,62	0,67	0,41	0,50	0,73	0,49	0,72
75-79	0,26	0,45	0,44	0,54	0,76	0,79	0,49	0,43	0,53	0,62
80+	0,57	0,65	0,50	0,36	0,46	0,58	0,36	0,58	0,39	0,54

Рассчитанные значения полученных рисков позволяют выделить возрастные группы с различной вероятностью риска и используются для

Репозиторий ГрГМУ

сравнительной оценки рисков различных возрастных групп. Для данных за 10-летний период границы полученных с помощью расчетов рисков выглядят следующим образом: допустимый (приемлемый) риск от 0,41 до 0,47; умеренный риск – от 0,48 до 0,60; повышенный риск – от 0,61 до 0,88.

Относительные эпидемиологические риски для различных групп населения за анализируемый период претерпели изменения (рисунок 1). По-прежнему выше допустимого риск развития рака щитовидной железы в возрастных группах 0-14 и 15-19 лет. Группа в возрасте 20-24 года в 2014 году находилась в зоне умеренного риска, для возрастных групп 30-34 и 35-39 лет риск вырос с допустимого до высокого, такая же ситуация сложилась и в возрастной группе 70-74 года, у которых в 2014 году наблюдался высокий риск заболеваемости раком щитовидной железы.

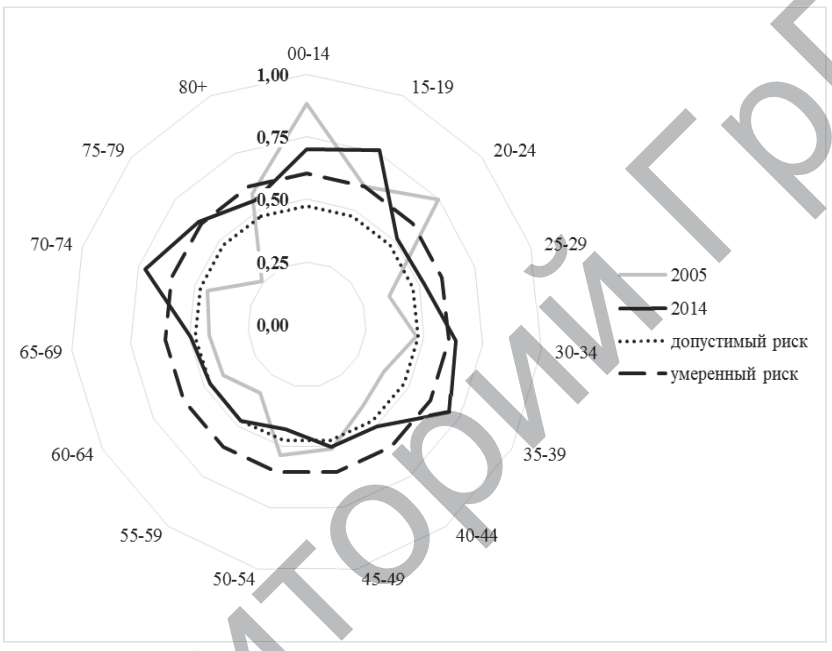


Рисунок 1. Относительные эпидемиологические риски заболеваемости раком щитовидной железы населения различных возрастных групп Республики Беларусь в 2005 и 2014 гг.

Выводы:

1. За анализируемый период заболеваемость раком щитовидной железы изменялась неравномерно, в 2014 году наиболее высокие уровни регистрировались в группах 35-39 и 70-74 года.

2. Пять (из пятнадцати) возрастных групп населения (0-14, 15-19, 30-34,35-39 и 70-74 года) в 2014 г. имели повышенный риск заболеваемости раком щитовидной железы.

Литература:

1. CurrentTrendsinIncidenceandMortalityfromThyroidCancerinBelarus / BespalchukP.I., DemidchikYu.E., Demidchik E.P., Saenko V.A., Yamashita S. // Radiation Health Risk Sciences. Springer, 2009. Ed. M.Nakashima, N.Takamura, K.Tsukasaki, Y.Nagayama, S.Yamashita. Tokyo, Berlin, Heidelberg, New York. P .317-321.
2. DemidchikYu.E., Saenko V.A., Yamashita S. / Pediatric Thyroid Carcinomas in Belarus // International Symposium On Chernobyl Health Effects. Abstracts. November 9-10,2009. – P.22

Репозиторий ГрГМУ

3. Папиллярный рак щитовидной железы у детей и подростков в Беларуси в 2005-2008 гг.: ретроспективный анализ на основе пересмотра гистологических микропрепаратов. / Фридман М.В., Демидчик Ю.Е., Папок В.Е., Савва Н.Н., Зборовская А.А., SchmidK.W. // ArsMedica. – 2010. – №6. – С.62 – 87.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

С. В. Куницкая, И. И. Халямина, Е. С. Игумнова, Е. Ю. Сапешко, М. А. Котикова

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблемы демографической безопасности: депопуляция, уровень рождаемости, не обеспечивающий простое воспроизводство населения, деградация института семьи и другие в Республике Беларусь обозначились еще в конце XX века. Для их решения на государственном и местном уровнях были разработаны мероприятия по усилению социально-экономической поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей, укреплению духовно-нравственных основ семьи, возрождению и пропаганде семейных ценностей и традиций, улучшению репродуктивного здоровья населения, охране материнства и детства и др. Вопросы неоднократно обсуждались при работе с молодыми людьми на занятиях в общеобразовательныхучреждениях, вузах, при посещении специализированных центров (Центры здоровья молодежи), в средствах массовой информации, Интернете… Привлекались профессионалы педагоги, социальные работники, психологи, врачи… Совместная и всесторонняя деятельность принесла положительные результаты: увеличение показателя общей рождаемости, повышениесуммарного коэффициента рождаемости, нетто-коэффициента,снижение показателя общей смертности, замедление темпов депопуляции. И деятельность продолжается. На ближайшую пятилетку в Республике Беларусь утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы,направленная на создание условий для улучшения здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, развитие и укрепление семейных ценностей, повышение престижа семьи. В ее составе включена подпрограмм «Семья и детство», предусматривающая совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка, развитие системы поддержки семей с детьми и улучшение условий их жизнедеятельности; традиционных духовно-нравственных ценностей белорусского народа, защиту прав и законных интересов детей, развитие информационной среды для упрочения традиций белорусской семьи.[1-3].

Цель: изучить репродуктивные установки студенческой молодежи.

Задачи:

1. Оценить на примере показателя рождаемостинаселения Республики Беларусь тенденцию изменения демографических процессов;

Репозиторий ГрГМУ

2. Охарактеризовать репродуктивное поведение студенческой молодежи.

Материал и методы. В работе использовались данные статистического сборника «Демографический ежегодник Республики Беларусь»[4]. Методы исследования социологический и статистический. Объем выборки составил 284 студента УО «БГМУ» из них: мужчины — 41,7%, женщины — 58,3%, средний возраст 20,28±0,15 лет. Обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение.

В 2015 году показатель рождаемости в Республике Беларусь составил 12,6‰, что по критерию ВОЗ является низким [5]. За период с 2005 по 2015 г. отмечается рост показателя в 1,35 раза (с 9,3‰ по 12,6‰ соответственно). Имеется умеренная положительная динамика рождаемости у женщин в возрасте 15-49лет: средний многолетний темп прироста составил 4,8%. Наметившиеся тенденции в мире с решением женщины планировать первую беременность в возрасте 24-26 лет и старше требует от нее ответственного отношения к своему здоровью, образу жизни, поведению. Рождение ребенка в возрасте 25 лет и старше не позволит женщине реализовать репродуктивный потенциал на рождение двух, трех и более детей по ряду объективных причин, обусловленных здоровьем, и субъективных (нежелание отойти от занятия профессиональной деятельностью, сокращение личного свободного времени, боязнь проблем поколений из-за разницы в возрасте со своими детьми). В Республике Беларусь за период с 2005 по 2014 г. выявлены статистически значимые различия среднего возраста рождения первого ребенка у жительниц города в сравнении с жительницами сельской местности (25,6±0,20 лет и 23,2±0,27 лет соответственно, $p<0,05$). Так, у женщин, проживающих в городе, средний возраст рождения первенца в 2005 г. составил 24,3 года, в 2014 г. –26,1 года, средний многолетний тем прироста 0,80% – тенденция стабильная. У жительниц сельской местности первый ребенок рождался в 2005 г. в 22,5 года, возраст появления первого ребенка в 2014 г. – 24,0 года, средний многолетний темп прироста 0,72%, динамика отсутствует. Средний многолетний темп прироста возраста рождения женщиной первого ребенка по республике составил 0,81%, т.е. динамика не имеет тенденций к изменению.

Студенты это социальная группа молодых людей,объединенных определённым возрастом, специфическими условиями труда и жизни, интересами, особенностями поведения. Репродуктивные установки — важнейший элемент мировоззрения молодежи. Бережное отношение к здоровью и умение его корректировать воспитываются также, как и нравственные и профессиональные качества.

По результатам анкетирования студенческой молодежи установлено, что 50,7% респондентов положительно ответили на вопрос о ведении половой жизни. Из них от нежелательной беременности предохраняются только 61,3% студентов. Следовательно, 38,7% молодых людей полагаются на «случай». Менее половины (38,0% респондентов) допускали аборт в случае

Репозиторий БГМУ

незапланированной беременности, большинство отвечающих, а именно 59,9% были против абортов даже в случае незапланированной беременности, остальные 2,1% не ответили на данный вопрос

Для стабилизации численности населения в республике, количественного и качественного замещения поколений необходимо ориентировать на необходимость создания семьи с двумя и более детьми. Студенты в 53,5% случаев настроены на семью, в которой будут воспитываться двое детей, в 27,8% — трое детей, что позволяет с надеждой смотреть в будущее (таблица 1).

Таблица 1. Ответы студентовна вопрос о желаемом количестве детей

Количество желаемых детей	Удельный вес ответов (%)
1 ребенок	6,7
2-е детей	53,5
3-е детей	27,8
4-о детей и более	7,7
не указали	4,2
Всего, %	100,0

Оптимальным возрастом для рождения первого ребенка студенты указали 25 лет, что соответствует тенденциям, выявленным в целом по Республике Беларусь.

Выводы:

1 Возраст женщины при рождении первого ребенка за период 2005–2014гг. значимо не изменился ($p>0,05$);

2 Репродуктивное поведения студентов, участвующих в анкетировании нельзя расценивать позитивно: из 50,7% респондентов, которые ведут половую жизнь, предохраняются 61,3% студентов, и в случае наступления незапланированной беременности 38,0% респондентов допускают аборт.

3 Студенты имеют репродуктивные установки на создание семей с 2-3-мя детьми, что рассматривается оптимистично и требует закрепления с помощью грамотно организованной поддержки семейных студентов.

Литература:

1) Указ Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 г. № 135 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы».
2) Указ Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 357 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 годы».
3) Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200 Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 годы.
4) Демографический ежегодник Республики Беларусь / Статистический сборник // Национальный статистический комитет Республики Беларусь / Минск – 2015, стр.241-286.
5) Жарко В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2015 году и основных направлениях деятельности на 2016 год / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 4-12.

Репозиторий ГрГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ю. В. Кухарчик, А. А. Сытый, Д. Ю. Ракович, К. О. Горенюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальность. На сегодняшний день изучение проблемы преждевременных родов у девочек-подростков представляется актуальной задачей, так как репродуктивное здоровье подростков отражает социальное благополучие общества и страны в целом[1]. Многие исследователи отмечают, что перинатальные исходы беременности и родов у данной категории более высокие, по сравнению с женщинами репродуктивного возраста. Так перинатальная заболеваемость и смертность у недоношенных новорожденных в 40 раз выше, чем у доношенных детей. Высокая частота преждевременных родов в мире (колеблется от 5 до 7 %) и распространенности беременности у юных женщин (варьирует от 12: 1000 в развитых странах) способствует росту показателей перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных детей [2]. В Республике Беларусь преждевременные роды у девочек-подростков составляет 55 на 1000 родов. В настоящее время преждевременные роды являются второй ведущей причиной смерти детей в возрасте до 5 лет и в первый, наиболее критический, месяц жизни.

Цель исследования. Выявление наиболее значимых медико-социальных факторов риска, способствующих наступлению преждевременных родов у девочекподростков.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование по историям родов у 55 девочек-подростков, перенесших преждевременные роды. Кроме общих сведений, в исследование включены данные о социальных условиях жизни, состоянии соматического и репродуктивного здоровья, течении беременности, родов и послеродового периода.

Результаты. Возраст исследуемых девочекподростков колебался от 14 до 17 лет, составив в среднем 15,5 лет. В литературе, посвященной изучению подростковой беременности, приводятся данные, что для наступления менархе необходимо достижение определенного веса тела, в среднем 50 кг. В нашем исследовании индекс массы у девочек, рассчитанная по формуле Кетле, соответствовала 17, при этом с дефицитом массы тела наблюдалось более половины (57,3 %).

При изучении социального статуса выявлено: состояли в зарегистрированном браке 32 девочки (58,1 %),в незарегистрированном – 14 (25,4 %), были одинокими 9 девочек (16,3 %), при этом каждая вторая из числа состоявших в браке регистрировала брак уже после установления факта беременности. Незарегистрированный (гражданский) брак более половины подростков полагали приемлемым, и основным аргументом считали возможность получения социальных пособий. В сельской местности проживали 37 девочек (68,1 %), в городе – 18 (29 %), почти каждая 3-ая семья

Репозиторий ГрГМУ

проживала у родителей, лишь 3 % семей отметили наличие собственного жилья.

Учащимися среднего образовательного учреждения (школа) были 25 девочка (46,3%), среднего (колледж) – 12 (21,5 %), начального профессионального (ПТУ) – 17(32,2%). Все это свидетельствует о низкой профессиональной подготовке будущих мам для выбора профессии. Несмотря на это, у девочек-подростков отмечена высокая частота распространения вредных привычек и рискованного поведения (курение, употребление алкоголя и наркотиков, раннее начало сексуальной жизни). Не курили 28 подростков (51%), курили периодически (около половины пачки сигарет в день и более) до беременности – 15 (30 %), продолжали курить в период беременности – 11 (20 %). Употребляли алкоголь периодически до беременности – 35 девочек (63,6%), отрицали факт употребления – 14 (25,4 %), продолжали употреблять во время беременности – 8 (14,5 %). Пробовали употреблять наркотики хотя бы раз в жизни –2 подростка (3,6 %). Каждая 5-ая девушка отмечала сексуальный дебют в возрасте до 14 лет, каждая 4-ая – к 15 годам, каждая 3-ая – к 16, причем около четверти девочек (24,7 %) имели до наступления беременности по 2 сексуальных партнера и более, а предохранялись от нежеланной беременности – 16 пациентки (29 %).

Подростки применяли в основном неэффективные средства контрацепции, особенно в начале половой жизни – прерванный половой акт – в 31 случаях (56,3 %), презерватив – в 11 (20 %), гормональную контрацепцию – в 4 (7,2 %), что, вероятнее всего, способствовало наступлению беременности в конце первого года регулярной половой жизни у 18 % девочек, второго года – у 43 %, третьего года – у 39 %.

Первобеременных первородящих было 76 %, первородящих повторнобеременных – 24 %, первая беременность завершилась артифициальным медицинским абортом по желанию у 13 человек (23,6 %), самопроизвольным абортом в срок до 16 нед. – у 4 (7,2%), неразвивающейся беременностью – у 3 (5,5%).

Гинекологические заболевания у девочек-подростков, перенесших преждевременные роды, наблюдались в 48,9 % случаев. В анамнезе чаще всего отмечались: расстройства менструального цикла – 11 девочки (20 %); воспалительные заболевания придатков матки – 10 (19 %); эктопия шейки матки – 9 (16,3 %); здоровыми были 24 подростков (43,6 %). У здоровых девочекподростков менструальный цикл преимущественно характеризовался следующими характеристиками: продолжительность не более 24-26 дней, менструации 35 дней, по количеству чаще умеренные или незначительные, у большинства болезненные. Наблюдаемые расстройства менструального цикла чаще всего свидетельствовали об отклонениях в нормальной регуляции репродуктивной системы, что, вероятнее всего, и послужило причиной для высокой частоты угрозы прерывания беременности.

Угроза прерывания беременности наблюдалась у 18 беременных (34,5 %), и почти каждая вторая угроза повторялась в сроки до 28 недель. Экстрагенитальные заболевания выявлены у двух из трех беременных

Репозиторий ГрГМУ

девочекподростков с преждевременными родами. Наиболее частой патологией были заболевания мочевыделительной системы – 13 человек (23,6 %), воспалительные заболевания органов дыхания – 12 (21,8 %), желудочно-кишечного тракта – 11 (20 %), анемия – 19 (17,2 %). Фактором риска, способствующим прогрессированию соматических заболеваний, явилась поздняя явка и постановка на учет по беременности: в срок до 12 недель – 21 девочки (38,1 %), во II м триместре – 18 (32,7 %), в IIIм – 10 (19 %).

В 37,5 % случаев беременность осложнялась развитием хронической фетоплацентарной недостаточности, что подтверждалось данными ультразвукового исследования. Беременность завершилась преждевременными родами в срок 22-24 нед. у 4 пациенток (7,27 %), в 25-27 нед. – у 6 (10,9 %), в 28-30 нед. – у 10 (19 %), в 31-33 нед. – у 12 (21,8 %), в 34-36 нед. – у 23 (41,8 %). Преждевременные роды прошли в головном предлежании у 44 девочек (80 %), в тазовом – у 7 (12,8%), при неправильном положении плода – у 4 (7,2 %). Многоплодная беременность отмечена у 1 пациентки (1,8 %).

Роды через естественные родовые пути характеризовались быстрым и стремительным течением у 47 родильниц (85,5 %). Оперативным путем родоразрешены 8 пациенток (14,5 %). Показаниями для операции при родах послужили: неэффективная терапия гестоза – 6 (10,9 %), фетоплацентарная недостаточность на фоне нарастающей внутриутробной гипоксии плода – 1 (1,8 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 1 (1,8 %). Антенатальной гибелью плода завершилась беременность у 2 несовершеннолетних, причиной явилась плацентарная недостаточность тяжелой степени.

В удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар 7-8 баллов) родились 38 детей (70,3 %), в состоянии средней тяжести (5-6 баллов) – 12 (22,2 %), тяжелой – 4 (7,4 %). Средняя масса и рост детей составили: в 22-28 нед. – 840 г и 31,2 см; 29 - 33 нед. – 1290 г и 35,2 см; 34-36 нед. – 1760 г и 41 см, соответственно.

Осложнения послеродового периода были выявлены у 5 родильниц (8,2 %), перенесших преждевременные роды. Основными осложнениями явились: анемия –3 (5,4%), остатки плацентарной ткани – 1 (1,8 %), эндометрит – 1 (1,8 %).

Выводы. Преждевременные роды – патологическое состояние, в результате которого рождается не просто недоношенный, но и, как правило, больной ребенок, что является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности [3,4]. Преждевременные роды являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Таким образом, исключив медико-социальные факторы риска, способствующие возникновению подростковой беременности, можно предотвратить преждевременные роды, снизить перинатальную заболеваемость и смертность среди недоношенных детей[5].

Репозиторий ГрГМУ

Литература.
1) Савельева, И.С. Особенности подростковой беременности (обзор литературы) /Савельева И.С., Шадчева Е.В. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 5. – С. 6879.
2) Уварова, Е.В. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек / Уварова Е.В., Кулаков В.И. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 1. – С. 610.
3) Hileman B. Causes of premature births probed // Chem. And Eng. News. – 2001. – Vol. 79, № 48. – P.21-22.
4) Menon R., Fortunate S.J. Fetal membrane inflammatory cytokines: A switching mechanism between the preterm premature rupture of the membranes and preterm labor pathways //J. Perinat. Med. – 2004. – Vol. 32, № 5. – P.391-399.
5) Leitich H., Kaider A. Fetal fibronectin how useful is it in the prediction of preterni birth? // 1 International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002 // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. – 2003. – Vol. 110. – P.66-70.

ПРИЧИНЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Ю. В. Кухарчик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Невынашивание беременности (НБ) остаётся одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Эта проблема, в связи с низкими демографическими показателями в нашей стране, принятием правительством Республики Беларусь национальных проектов, направленных на укрепление здоровья нации и повышение рождаемости, становится социально и политически значимой. Несмотря на большое количество работ, посвящённых изучению различных этиологических факторов спонтанного аборта, неустановленным остаётся генез невынашивания более чем в половине случаев.

По данным ряда авторов НБ ранних сроков является самой частой причиной осложнения беременности в I триместре и составляет по данным литературы 15-20% всех беременностей. За последние годы не прослеживается тенденция к снижению процента НБ и связано это с азличными причинами [1, 2 , 3].

Цель исследования: выявить причины, приводящие к НБ, для обоснования разработки новых прогностических и ранних диагностических критериев.

Материал и методы исследования: Обследовано 90 пациенток, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период 2010-2013 гг. с первым эпизодом НБ, привычным НБ, угрозой прерывания беременности по 30 женщин в каждой основной группе соответственно, группа контроля - практически здоровые женщины, состоящие на учете в женской консультации №2 г. Гродно.

Результаты и обсуждение: На основании анализа данных литературы и клинических наблюдений выявлено, что основными причинами НБ и самопроизвольного ее прерывания являются: генетические факторы, эндокринные, иммунологические, инфекционные, тромбофилические,

Репозиторий ГрГМУ

патология матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии).

В структуре причин НБ генетические причины составляют от 3% до 6%. При спорадическом прерывании беременности в I триместре 50% абортусов имеют хромосомные аномалии. Наиболее частые хромосомные нарушения – трисомия, моносомия, триплоидия, тетраплоидия. У женщин с привычным невыашиванием значительные структурные аномалии кариотипа встречаются в 10 раз чаще, чем в популяции и составляют 2,4%. Наиболее распространенным видом хромосомной аберрации являются транслокации и инверсии. У супружеских пар с нарушением репродуктивной системы обнаруживают нарушения кариотипа такие как «мозаицизм», или «малые» изменения морфологии хромосом, объединяющиеся понятием «полиморфизм».

По данным разных авторов, эндокринные причины НБ составляют 8-20%. Из них наиболее значимыми являются недостаточность лютеиновой фазы, гиперсекреция лютеинизирующего гормона, гмперандрогении (яичниковая, надпочечниковая и сочетанная), дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет. Многочисленными исследованиями показано, что любая патология репродуктивной функции, сопровождаемая нарушением фолликулогенеза, может привести к увеличению числа аномальных гамет и увеличению частоты ранней эмбриональной гибели.

В настоящее время известно, что около 80% всех раннее необъяснимых привычных потерь беременности (после исключения генетических, эндокринных, анатомических и инфекционных причин) обусловлено иммунологическими нарушениями. Различают аутоиммунные (предмет агрессии иммунной системы-собственные ткани материнского организма) и аллоимммунные (иммунный ответ женского организма направлен против антигенов эмбриона). К аутоиммунным нарушениям относится наличие в сыворотке антифосфолипидных, антитириоидных, антинуклеарных аутоантител. К аллоиммунным процессам, ведущим к отторжению плода относят: наличие у супругов повышенного количества общих антигенов системы HLA, низкий уровень блокирующих антител в сыворотке матери, повышенное содержание естественных киллеров в эндометрии и периферической крови матери как вне, так и во время беременности.

Роль инфекции в этиологии НБ является общепризнанным фактом. Исследования последних лет показали, что у женщин с привычным невынашиванием бактериально - вирусная колонизация эндометрия встречается достоверно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом.

К анатомическим причинам привычного выкидыша относят: врожденные аномалии развития матки (двойная, двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка) и приобретенные анатомические дефекты - внутриматочные синехии (синдром Ашермана), субмукозную миому матки. Прерывание беременности при анатомических аномалиях матки может быть связано с неудачной

Репозиторий ГомГМУ

имплантацией плодного яйца (часто на внутриматочной перегородке, вблизи субмукозного узла миомы), недостаточно развитой васкуляризацией и рецепцией эндометрия, тесными пространственными взаимоотношениями, часто сопутствующей истмико - цервикальной недостаточностью (ИЦН), гормональными нарушениями (гипоэстрогения, недостаточность лютеиновой фазы).

Многими учеными выделяется отдельная группа нарушений в системе гемостаза – тромбофилии, приводящая к невынашиванию беременности. Под термином «тромбофилия» понимают наследственные и приобретенные нарушения гемостаза, которые предрасполагают к образованию тромбозов. 30-50% пациенток с привычным невынашиванием беременности имеют те или иные нарушения системы гемостаза. Различают врожденные и приобретенные тромбофилии. К врожденным тромбофилиям относятся: мутация фактора V(лейденовская мутация), мутация G20210A в гене протромбина,полиморфизм 455G/A в гене фибриногена, наследственный дефицит протеина С, наследственный дефицит протеина S, наследственный дефицит антитромбина III, полиморфизм С677Т в гене N(5,10)-метилентетрагидрофолат редуктазы, мутация гена цистатион(ОН)-бета синтетазы, полиморфизм PLAI/AII гене GPIIIA, наследственный дефицит tPA, полиморфизм 4G/5G в гене PAI-1. Однако если наследственные тромбофилии выступают в роли основной причины привычного невынашивания беременности, то приобретенные – это патогенетические факторы (звенья механизма развития) основных заболеваний организма, будь то воспалительные болезни или сосудистые изменения.

Однако, несмотря на наличие большого количества публикаций, касающихся исследованию системы гемостаза, вопрос о роли биогенных аминов в регуляции функции тромбоцитов остается неисследованным.

Вместе с тем, серотонин играет важную роль в процессах свёртывания крови. Известно, что тромбоциты содержат значительные количества серотонина и обладают способностью захватывать и накапливать из плазмы крови этот медиатор, который в свою очередь повышает функциональную активность тромбоцитов и их склонность к агрегации и образованию тромбов. Возникающая при этом тромбоцитарная дисфункция потенцирует вазоконстрикцию, нарушение реологических и коагуляционных свойств крови с развитием тканевой гипоксии.

С другой стороны, тканевая гипоксия связана с процессами свободно-радикального перекисного окисления липидов, выступающим в качестве основной причины деструкции клеточных мембран и системы антиоксидантной защиты.

Кроме того, серотонин наряду с дофамином играет важную роль в механизмах гипоталамической регуляции гормональной функции гипофиза, контролируя секрецию гормонов его передней доли, а также осуществляет паракриннную регуляцию сократимости матки и сосудистого тонуса.

Следовательно, есть основание предположить, что дисфункция тромбоцитов в сочетании с дестабилизацией механизмов гормональной и

Репозиторий ГГМУ

антиоксидантной защиты могут лежать в основе в основе ранних гестационных потерь.

С этих позиций представляется научно обоснованным изучение обмена серотонина в тромбоцитах при нарушениях репродуктивной функции женщин для оценки этиопатогенетических аспектов и разработки прогностических и ранних диагностических критериев НБ.

Исследования в этом направлении перспективны в изучении проблемы НБ с позиций эмбриофетальной медицины.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С. В. Лелевич

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время ввиду интенсивного развития химической и фармацевтической промышленности все новые химические вещества внедряются в жизнедеятельность человека. Они направлены на усовершенствование жизни и быта, способствуют повышению урожайности сельскохозяйственных культур, оказывают влияние на сохранение здоровья человека. При определенных условиях многие из химических веществ оказывают неблагоприятное влияние на организм, вызывают отравления различной тяжести и становятся опасными для жизни. Потенциальные возможности отравлений заложены в широком использовании химических средств в медицине, промышленности и быту, в доступности различных химических веществ широким слоям населения, не всегда достаточно знакомым с токсическими свойствами средств, применяемых в качестве лекарств, пестицидов, препаратов бытовой химии, в попытках самолечения и т.д.

Клиническая токсикологическая служба развивается в Республике Беларусь с 80-х гг. прошлого века, когда в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) г. Минска было открыто первое в республике токсикологическое отделение (сейчас – Республиканский токсикологический центр по лечению острых отравлений химической этиологии). В 90-е гг. были организованы областные токсикологические центры, а в 2005 году постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 38 была введена отдельная медицинская специальность «врач-токсиколог», а для специалистов клинических и химико-токсикологических лабораторий (ХТЛ) утверждено новое наименование должности «врач лабораторной диагностики», которую может занимать специалист с высшим медицинским образованием.

В 2009 году для обсуждения актуальных проблем служб токсикологии Республики Беларусь и Российской федерации Министерством здравоохранения РБ была проведена научно-практическая конференция «Лекарственная безопасность и актуальные вопросы клинической токсикологии», на которой главный внештатный токсиколог МЗ РБ изложил

Репозиторий ГрГМУ

историю развития и структуру токсикологической службы нашей страны, привел статистику отравлений в стране. На этом же научном форуме была затронута структура острых отравлений химической этиологии в отделении по лечению острых отравлений, структура смертности от острых экзогенных отравлений, структура и динамика основных нозологических форм отравлений по областям республики, возрастная и половая структура, доля суицидентов в структуре пациентов токсикологического профиля, а также эфферентные методы детоксикации в комплексном лечении острых отравлений в целом по стране и по областям. В целях совершенствования оказания токсикологической помощи населению было принято постановление МЗ Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о порядке оказания токсикологической помощи населению в организациях здравоохранения и мерах по обеспечению химической безопасности населения Республики Беларусь».

При анализе современных проблем токсикологической службы необходимо отметить не всегда достаточное оснащение оборудованием в регионах, отсутствие консультативно-информационного центра, а также на недостаточную подготовленность медицинского персонала, в том числе выпускников университетов, по вопросам токсикологии. Проблема подготовки врачей по вопросам токсикологии в настоящее время решается на кафедрах медицинских университетов нашей страны.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С. В. Лелевич

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

С вопросами о штатной структуре и кадровом обеспечении клинической лабораторной службы Республики Беларусь тесно связано решение проблемы унификации программ подготовки специалистов клинической лабораторной диагностики (КЛД) высшего и среднего звена на додипломном и последипломном уровнях. Подготовка врачей лабораторной диагностики в Республике Беларусь на «додипломном уровне» осуществляется в Гродненском, Гомельском и Витебском государственных медицинских университетах. Большим вкладом в становление лабораторной службы на высокопрофессиональные и научные рельсы, а также в систему подготовки кадров было создание в 18 институтах усовершенствования врачей бывшего Советского Союза кафедр клинической лабораторной диагностики (на основании приказа МЗ СССР № 63 от 25.01.1968 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию лабораторной клинико-диагностической службы в СССР»), в том числе организация в апреле 1970 г. кафедры клинической лабораторной диагностики в БелГИУВ (в настоящее время – БелМАПО).

Репозиторий ГрГМУ

Белорусская медицинская академия последипломного образования является головным учреждением образования в системе непрерывного повышения квалификации и переподготовки кадров для специалистов с высшим образованием в Республике Беларусь (в том числе медиков, биологов, экономистов и др.). Если на протяжении первых 30 лет основной «кузницей» кадров – специалистов КЛД – была соответствующая кафедра БелМАПО, то в течение последних лет созданы профильные курсы и кафедры при Гродненском, Витебском и Гомельском государственных медицинских университетах, а также Международном экологическом университете им. А.Д. Сахарова.

На кафедре клинической лабораторной диагностики БелМАПО регулярно проводятся курсы повышения квалификации и переподготовки по различным направления КЛД продолжительностью от 0,5 до 4 месяцев. С участием сотрудников кафедры осуществляется аттестация специалистов КЛД на вторую, первую и высшую квалификационную категорию. При кафедре функционирует клиническая ординатура по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» (в ней прошли обучение более 40 отечественных специалистов и более 10 – иностранных). При кафедре открыта очная и заочная аспирантура по специальности 14.00.46 – клиническая лабораторная диагностика. Применение современных лабораторно-диагностических технологий создало объективные предпосылки и для выполнения научных исследований в области лабораторной медицины, то есть для подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации (кандидатов и докторов наук) по специальности 14.00.46 – клиническая лабораторная диагностика (медицинские и биологические науки).

Президиумом ВАК Республики Беларусь утверждены постоянные паспорта специальности 14.0.46 – клиническая лабораторная диагностика (по отраслям «медицинские науки» и «биологические науки»), а в БелМАПО с начала 2001 г. функционирует совет по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Клиническая лабораторная диагностика». Необходимо отметить большой вклад в подготовку специалистов клинической лабораторной диагностики заведующего кафедрой клинической лабораторной диагностики БелМАПО, доктора медицинских наук, профессора Камышникова Владимира Семеновича, широко известного врача и ученого как в Республике Беларусь, так и за рубежом.

Немалый вклад в подготовку специалистов с высшим образованием по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» на последипломном уровне вносят медицинские университеты Республики Беларусь. Так в Гродненском государственном медицинском университете в соответствии с Инструкцией о порядке организации и прохождения интернатуры, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 июля 2013 года № 61, организовано проведение квалификационного экзамена интернатуры по специальности «Клиническая лабораторная диагностика».

Репозиторий ГрГМУ

СИНТЕТИЧЕСКИЕ НАРКОТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

В. В. Лелевич, А. Г. Виницкая, Ю. В. Сарана, С. В. Лелевич
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Мониторинга наркологической ситуации в Беларуси свидетельствует о сохранение основных тенденции 90-х и 2000-х годов. Это – преобладание мужчин среди потребителей психоактивных веществ (ПАВ), преимущественное распространение кустарных наркотиков и инъекционного способа употребления ПАВ [1]. Ежегодно наркологические учреждения республики регистрируют новые случаи употребления ПАВ учащимися различных учебных заведений [2]. В разные годы наблюдения удельный вес женщин, злоупотребляющих различными ПАВ и состоявших на наркологическом учете МЗ РБ, варьировал от 15 до 20% [3]. В предыдущих исследованиях была выявлена неоднородность распространения наркоманий по регионам Беларуси. Помимо разной концентрации, потребители наркотиков, проживающие в г. Минске и шести областях Беларуси, различались по ряду социально-эпидемиологических параметров, включая предпочтения различных ПАВ, распространение гемоконтактных инфекций, связанное с инъекционным приемом наркотиков [4]. Помимо наркотиков кустарного изготовления, определенная часть потребители ПАВ употребляет синтетические наркотическиех средства, в основном опиоиды и психостимуляторы группы амфетамина.

Целью нашего исследования явился ретроспективный анализ распространения в республике некоторых синтетических наркотиков на основании анализа информации наркологической службы МЗ РБ.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились пациенты с синдромом зависимости от наркотических и ненаркотических ПАВ (МКБ-10: F11.2–F.16.2, F18.2–F19.2) и лица, с пагубным их употреблением (МКБ-10: F11.1–F.16.1, F18.1–F19.1), состоявшие на наркологическом учете МЗ РБ в 2000–2014 годах. Анализ информации на потребителей ПАВ проводился по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, полученным из регистрационных карт пациентов, состоявших на учете в наркологических учреждениях республики. Информация из регистрационных карт вводилась в компьютерную базу данных, и подвергалась статистической обработке. Для расчета показателя «распространенность потребления психоактивных веществ» (суммарного количества потребителей ПАВ, состоящих на учете на конец года в расчете на 100 тыс. населения) использовались сведения Национального статистического комитета Республики Беларусь о народонаселении республики.

Результаты и обсуждение. По состоянию на 1 января 2015 г. в наркологических учреждениях МЗ РБ состояли на учете 16975 потребителей наркотических и ненаркотических ПАВ (6310 человек в 2000 г.) В 2014 г. общереспубликанский показатель распространенности потребления ПАВ

Репозиторий ГрГМУ

составил 179,6 чел. на 100 тысяч населения и вырос в 2,8 раза в сравнении с уровнем 2000 года (63,4 чел. на 100 тыс. населения) [1]. Подавляющее большинство наркопотребителей Беларуси составили мужчины (85% в 2014 г.). За период 2000-2014 гг. на наркологическом учете выросло количество лиц, находящихся на ранних стадиях развития болезни. Так, в 2000 г. доля эпизодических потребителей ПАВ на профилактическом учете составляла 30% от всех наркопотребителей Беларуси. В 2014 г. их доля возросла до 49,7%, что свидетельствует об улучшении работы выявляющих служб.

В 2000-2014 гг. основными группами ПАВ, распространяемыми в Беларуси, явились опийная группа, каннабиноиды и ингалянты. В меньшей степени наркологическими учреждениями регистрировались случаи употребления психостимуляторов, галлюциногенов, злоупотребления седативными, снотворными препаратами и побочными средствами. Анализ спектра употребляемых ПАВ в Беларуси свидетельствует о преобладании кустарных наркотиков, в основном, экстракционного опия, изготовляемого из растений рода Papaver L. Так, в 2014 г. экстракционный опий вводили инъекционно 50,3% от всех учтенных наркопотребителей Беларуси, тогда как в 2000 г. доля таких случаев составляла 70,5%. Согласно результатам предыдущих исследований, до 2010 гг. рост численности потребителей ПАВ в Беларуси был обусловлен выявлением лиц, употребляющих опийные наркотики. В последующие годы в наркологических учреждениях республики увеличилось численность пациентов, употребляющих синтетические опиоиды (героин, метадон, трамадол), и психостимуляторы группы амфетамина [5, 6].

Наркологическую ситуацию в Беларуси определяет тот факт, что республика находится на пересечении основных каналов транзита наркотиков из стран Евросоюза в Россию и Украину и в обратном направлении. Так, в 2008 – 2009 гг. правоохранительными органами Беларуси были раскрыты каналы поступления марихуаны и 3,4-метилендиоксиметамфетамина (МДМА) из Нидерландов; амфетамина, катинонов и синтетических каннабиноидов – из Польши и стран Прибалтики. Из Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, Ленинградская и Смоленская области) в Беларусь поступали героин, метадон, амфетамин, из Украины – опий, маковая солома, марихуана и прекурсоры. Помимо этого, через республику проходят транзитные каналы провоза героина и прекурсоров из стран Востока в страны Европейского Союза, а в обратном направлении (из Нидерландов и других европейских стран) – марихуаны, гашиша, амфетамина и МДМА [5].

Анализ распространения отдельных видов ПАВ среди учтенных наркопотребителей косвенно указывает на изменения наркорынка Беларуси, происходившие в 2000 – 2014 гг. Это привело к тому, что за исследуемый 15-летний период численность потребителей героина, метадона и трамадола возросла в 2,6 раза.

Первые случаи потребления героина в Беларуси были зарегистрированы в 90-х годах прошлого столетия [1], причем основной рост численности потребителей этого наркотика был отмечен в 2000–2008 гг.

Репозиторий ГрГМУ

Затем выявление потребителей этого наркотика снизилось, численность героиновых потребителей в наркологических учреждениях республики заметно уменьшилась и стабилизировалась на определенном уровне.

В настоящее время метадон официально используется в Беларуси в качестве средства заместительной терапии опийных наркоманов. Помимо этого, в Беларуси распространяется нелегальный метадон, производимый в подпольных лабораториях [5]. До 2005 г. в Беларуси выявляли единичные случаи употребления метадона. Однако за последующие десять лет численность учтенных потребителей метадона выросла в 5 раз, что может быть связано с увеличением поставок метадона в Беларусь.

Завоз в республику ряда синтетических опиоидов способствовал выявлению потребителей трамадола, фентанила, 3-метилфентанила и некоторых других опиоидов. Большинство из потребителей синтетических опиоидов употребляли их в сочетании с другими наркотиками опийной группы (героин, метадон) или другими ПАВ. В отличие от Российской Федерации [7] в Беларуси не были зарегистрированы случаи употребления дезоморфина.

Начиная с 2007 г. наркологическая служба Беларуси отмечает увеличение случаев потребления наркотиков группы амфетамина, большинство из которых вводится инъекционным способом. В 2014 г. на наркологическом учете состояли 474 потребителей амфетаминов, что составило 2,8% от всего контингента. В то же время, в последние годы практически отсутствует выявление лиц, употребляющих эфедрон.

Основной тенденцией последних 3-х лет является появление на наркорынке Беларуси так называемых «дизайнерских наркотиков», химических аналогов известных наркотических средств. Сюда относятся курительные смеси типа «Спайс», содержащие искусственно синтезированные синтетические каннабиноиды. Если в 2010-2012 гг. количество выявленных потребителей этих смесей составляло 4-7 человек, то на конец 2013 г. на наркологическом учете в Беларуси состояло уже 334 курильщиков «спайса». К концу 2014 г. численность потребителей «дизайнерских наркотиков» достигла 1364 человек, что составило 8% от всех потребителей ПАВ, состоявших на учете на конец 2014 г.

Помимо употребления синтетических каннабиноидов в составе курительных смесей в Беларуси регистрируются случаи инъекционного введения новых аналогов известных психостимуляторов. Так, уже с 2010 г. были выявлены лица, использующие инъекции пировалерона и его производных – альфа-ПВП и 3,4-метилендиоксипировалерона. Помимо этих соединений, присутствующих в Республиканском перечне наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь, появились случаи употребления катинонов – мефедрона, пара-метилэткатинона (4-МЕС), а также некоторых замещенных аналогов амфетамина – пара-метоксиамфетамина и МДМА. В ряде случаев в медицинских картах больных наркоманией и эпизодических потребителей ПАВ указывалось инъекционное

Репозиторий ГрГМУ

введение так называемых «солей для ванн», в состав которых входят катиноны мефедрон и 4-МЕС.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о переориентации части наркопотребителей Беларуси с традиционных кустарных наркотиков на новые синтетические – химические аналоги известных ПАВ. Наибольшее распространение в Беларуси получили курительные смеси типа «спайс», содержащие синтетические каннабиноиды 3-карбонилиндолы (серии JWH и МВА) и некоторые другие вещества. Растет распространение новых инъекционных психостимуляторов – производных амфетамина, пировалерона и катинона. Помимо психостимуляторов группы амфетамина, в отдельных регионах Беларуси регистрируются лица, употребляющие опиоиды – метадон, трамадол, и др. Представленные данные могут быть полезными при разработке лечебно-профилактических мероприятий в регионах республики, а также при формировании государственной политики в области зависимости от наркотиков.

Литература

1. Лелевич В.В., Козловский А.В., Виницкая А.Г., Максимчук В.П. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь. - Минск: Альтиора; 2006.
2. Козловский А.В., Виницкая А.Г., Разводовский Ю.Е. Социально-эпидемиологическая характеристика несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ // Медицинская панорама. - 2008. - № 13. - С. 49-51.
3. Гендерные и возрастные аспекты распространенности наркоманий в Республике Беларусь / В.В. Лелевич, [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2015. – Т. 14, № 21. – С. 7-13.
4. Лелевич В.В., Виницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич С.В. Региональные особенности наркологической ситуации в Республике Беларусь. - Гродно: ГрГМУ, 2012. – 168 с.
5. Лелевич В.В., Виницкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.В. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь в 2010 году. – Минск: ООО «Полиграф», 2012. – С. 141.
6. Виницкая А.Г., Лелевич В.В., Лелевич С.В. Региональные особенности опийной наркомании в Республике Беларусь // Медицинские новости. – 2014. - № 10. – С. 20-23.
7. ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012-2013 годах (статистический сборник). Москва, 2014.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Лехан, Л. В. Крячкова, С. А. Ипатенко, К. В. Брящей, В. А. Капитулина

Днепропетровская медицинская академия, Украина

Специфика объекта управления - системы здравоохранения (СЗ) делает руководство им чрезвычайно сложной задачей, особенно в условиях модернизации отрасли, нехватки ресурсов, ухудшения здоровья населения. Это выдвигает новые требования, как к личности руководителя, так и к его профессиональным навыкам и компетенциям.

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования: Оценить потребности руководителей лечебных учреждений в новых знаниях разного рода для эффективной деятельности в современных условиях.

Материалы и методы: Использовался комплекс методов исследования: исторический, библиосемантический и социологический. Опрос проводился среди организаторов здравоохранения по самостоятельно разработанной анкете. Исследованием охвачено 123 организатора здравоохранения, из них - 21,2 % мужчин и 78,8 % женщин; средний возраст опрошенных составил 50,3±1,68 (M±m) лет.

Результаты исследования и их обсуждение: Профессиональный организатор здравоохранения должен досконально знать систему здравоохранения (иметь базовое медицинское образование) и уметь руководить (иметь соответствующую специализацию). Квалификационные требования к руководителям лечебных учреждений в Украине предусматривают: полное высшее образование по направлению «Медицина»; прохождение интернатуры по одной из специальностей медицинского профиля с дальнейшей специализацией по «Организации и управлению здравоохранением».

Согласно существующим национальным нормативам (Выпуск 78 справочника квалификационных характеристик профессий) организатор здравоохранения должен знать широкий круг вопросов, включая основы социальной медицины организации здравоохранения, общей и социальной психологии, специфику менеджмента и маркетинга в медицинской сфере.

На практике, по оценкам опрошенных руководителей, в их повседневной деятельности преобладает хозяйственная работа (1 ранговое место) и фандрейзинг - процесс привлечения финансовых средств и других ресурсов, которые учреждение не в состоянии обеспечить самостоятельно. В меньшей степени руководители учреждений вовлечены в выполнение сугубо управленческих функций. Однако, необходимость модернизации отрасли, требует от них владения новыми знаниями, навыками и технологиями современного менеджмента.

Согласно собственным исследованиям, для эффективной управленческой деятельности в современных условиях необходимо наличие у руководителей СЗ комплекса взаимосвязанных компетенций: отраслевых (знание системы здравоохранения, управление медицинскими процессами, управление качеством медицинской помощи, сбор и анализ данных, аналитическое мышление); менеджерских/профессиональных (системное мышление, организация, делегирование, стратегическое планирование, контроль, принятие решений, кадровая работа, лидерство, управление конфликтами); предпринимательских/деловых (управление изменениями, ресурсами, затратами, финансовая осведомленность, бюджетирование) и личностных/межличностных компетенций (создание команды, мотивация, коммуникации, интеллект, этические ценности, личностное развитие).

В процессе профессиональной деятельности руководителям учреждений здравоохранения необходимо непрерывно повышать свою

Репозиторий ГрГМУ

квалификацию, как в результате прохождения специальных курсов (предаттестационных, тематического усовершенствования и др.), так и путем самообразования. Им приходится регулярно (54,5 % опрошенных отмечают, что несколько раз в неделю, 21,2 % - что ежедневно) находить время для получения дополнительных знаний.

Наиболее часто руководители лечебных учреждений испытывают потребности в информации по вопросам реформирования здравоохранения (45,8 %), организации и руководству (37,5 %), управлению качеством медицинской помощи (33,3 %). Необходимо отметить, что более трети опрошенных (37,5 %) активно сохраняют свои врачебные навыки, поддерживая информированность по актуальным клиническим вопросам (табл. 1).

В условиях украинских реалий, большинство управленцев стремятся обновить клинические знания и навыки не из-за гарантированного продолжения медицинской практики после карьеры менеджера, а из-за риска в любое время, при смене высшего руководства, государственного или отраслевого курса, стать невостребованным в сфере управления и в системе здравоохранения (87,9 % респондентов указали на сильную зависимость управленческой деятельности в СЗ от государственной политики). Они стремятся иметь хоть какую-то возможность для профессиональной реализации, поскольку нет никаких гарантий относительно дальнейшего трудоустройства на управленческих должностях, на что указывают 40,6 % опрошенных. Однако подавляющее большинство - 78,8% респондентов считает неприемлемым для себя переход на другую работу или изменение характера деятельности, а треть (36,6 %) ни при каких условиях не согласна изменить управленческую деятельность на работу практикующим врачом.

Таблица 1 – Потребность руководителей лечебных учреждений в дополнительная информации по актуальным вопросам здравоохранения

Актуальные вопросы здравоохранения	Частота на 100 опрошенных ($P \pm m_p$)
Реформы в здравоохранении	45,8±2,74
Клинические вопросы	37,5±2,41
Организация и управление медицинской помощью	37,5±2,41
Управление качеством медицинской помощи	33,3±2,21
Оценка здоровья населения и/или деятельности лечебного учреждения	29,2±2,00
Психология управления	29,2±2,00
Статистика	29,2±2,00
Менеджмент	25,0±1,76
Информационное обеспечение управления	20,8±1,51
Вопросы права и государственной политики	16,7±1,24
Маркетинг	12,5±0,95
Экономика	8,3±0,65

Репозиторий ГГМУ

Предпочтительными источниками получения необходимой информации и средствами овладения необходимыми навыками управленцы считают Интернет (95,8 %) и журнальные публикации (41,7 %), а также курсы повышения квалификации (70,8 %). Преимущество того или иного пути получения дополнительных знаний связана со спецификой самой информации (законодательную информацию со специальных сайтов они хотят в большей степени прочитать самостоятельно, а навыки межличностного общения отработать на специальных психологических тренингах), удобством и быстротой получения знаний (мобильные и интернет технологии) и потребностями сегодняшнего дня (коллегии, семинары, конференции и ассоциации являются основным источником новой информации у трети опрошенных).

Следует отметить, что по мнению преобладающего большинства опрошенных руководителей (72,7 %), курсы повышения квалификации по организации и управлению здравоохранением помогают им повысить профессиональный статус через получение новой информации, приобретение новых навыков, улучшение управленческих компетенций. Существует спрос на получение дополнительной информации и отработки необходимых навыков в сферах психологии, менеджмента (как общих подходов, так и управления в СЗ), реформирования отрасли, права и других (рис. 1).



Рис. 1. Востребованность у руководителей знаний, полученных на курсах повышения квалификации по организации и управлению ЗО (частота на 100 опрошенных)

Опрос показал, что одной из главных управленческих реальностей является налаживание межличностных отношений с различными группами общения (начальством, коллегами, пациентами), поэтому знания по психологии применяются руководителями чаще и считаются наиболее полезными (83,3 % опрошенных). Неблагоприятной тенденцией можно считать то, что существует небольшая потребность в знаниях по экономике и маркетингу (4,2 %), что обусловлено существующими условия управления, когда в большей степени ценятся личные коммуникации, а не управленческий

Репозиторий ГрГМУ

профессионализм, а экономическая свобода не является управленческой реальностью.

Выводы. Исходя из результатов анкетирования, можно сделать вывод о том, что важнейшим источником получения новых знаний у руководителей лечебных учреждений являются Интернет ресурсы и курсы повышения квалификации. У них существует потребность в постоянном получении дополнительной информации по вопросам клинической практики и проводимым реформам. Последняя успешно, на что указали 54,2 % опрошенных, удовлетворяется на курсах повышения квалификации по организации и управлению здравоохранением. Существует определенная акцентуация руководителей ЗО на вопросах психологии управления, различных аспектах межличностного общения, что связано с устоявшейся практикой карьерного продвижения за счет широкого круга коммуникационных связей, преимущественно с вышестоящим руководством и лицами, принимающими решения. Однако, приспосабливаясь к условиям быстроизменяющегося внутреннего и внешнего окружения, современный руководитель ЗО, должен суметь меняться сам и менять свою организацию, через призму новых знаний, умений и навыков. Для ответа на существующие вызовы сегодняшнего дня, руководитель лечебного учреждения должен хорошо разбираться в широком круге вопросов по менеджменту, праву, экономике, обеспечению качества медицинского обслуживания, т.е. в той информации, которая станет базой для формирования необходимых управленческих компетенций.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Г. И. Макурина

Запорожский государственный медицинский університет, Украина

Актуальність. Известно, что в норме в коже происходит активное взаимодействие между эпидермисом и циркулирующими Т-клетками. При псориазе (ПС) первично вовлекается в патологический процесс именно эпидермис. Поскольку псориаз имеет мощную иммунопатологическую основу, кожа активно инфильтрируется иммунными клетками, которые производят в большом количестве цитокины. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что поврежденная Т-клетками кожа вносит значительный вклад в развитие цитокинового воспаления первого типа (Т1), которое инициирует и поддерживает гиперплазию кератиноцитов в пораженных участках кожи. Обратная транскрипция полимеразной цепной реакции цитокинов в псориатической коже обнаруживает мощный потенциал продукции многих провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкины IL-1α, IL-1β, IL-2, IL-6, IL-8, фактор некроза опухоли α (ФНО-α), ФНО-β,

Репозиторий ГрГМУ

трансформирующий фактор роста альфа и бета, колониестимулирующий фактор роста гранулоцитов и макрофагов.

В то же время, активно обсуждается развитие и течение псориаза при наличии различных коморбидных состояний, к которым, в частности, относится артериальная гипертензия.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между различными патогенетическими звеньями и клиническими проявлениями псориаза у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Результаты данного исследования базируются на данных комплексного обследования и динамического наблюдения за 53 пациентами с ПС (27 из которых имели сопутствующую гипертоническую болезнь (ГБ) II стадии) и 49 больными ГБ II стадии. Следует отметить, что для достоверности результатов, у всех обследованных артериальная гипертензия была представлена лишь гипертонической болезнью II стадии. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа - основная - пациенты с ПС + ГБ - 27 человек; II группа - пациенты с ПС - 26 человек и III группа - пациенты с ГБ - 49 человек. В I и II группах поражение кожи у большинства больных носило распространенный характер. У большинства пациентов I группы (73,1%) отмечали многократные рецидивы на протяжении года, в отличие от пациентов II группы (25,9%). Анамнестически установлена отягощенная наследственность по ПС у 6 пациентов II группы и у 4 больных I группы. Зимний тип ПС установлен у 11 больных группы ПС + ГБ (40,7%) и у 12 человек (46,2%) – II группы, у остальных пациентов – недифференцированный тип.

Для оценки степени тяжести ПС использовался Psoriasis Area and Severity Index (индекс PASI). На основании осмотра и подсчета индекса PASI, его интервал составил от 18,9 до 67,5 баллов (в среднем 30,0 ± 2,9). В первой группе легкое течение ПС не наблюдалось, среднетяжелое - у 14 (51,8%), тяжелое - у 13 (48,1%), во II группе аналогичные показатели составили 2 (7,7%), 18 (69,2%) и 6 (23,1%). Всем пациентам с ПС проводили стандартное лечение в условиях дерматологического стационара.

Определение IL-1β, IL-1α, ФНО-α, IL-6, каспазы-8, нитротирозина в сыворотке крови проводили методом косвенного твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы Bender MedSystems GmbH (Австрия), нитротирозина с использованием набора фирмы Hycult biotech (Нидерланды) согласно инструкциям к наборам в условиях in vitro. Исследования проводились на базе иммунологического отдела Учебного медико-лабораторного центра Запорожского государственного медицинского университета. Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA® forWindows 6.0», а также «SPSS 16.0», «Microsof tExcel 2003». Для всех видов анализа статистически значимими считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Вульгарний псориаз (каплевидный, нумулярный, бляшечный, включая бляшечно-себорейный)

Репозиторий ГрГМУ

диагностирован у 6 больных (22,2%) I группы и 17 (65,4%) - II группы, ладонно-подошвенный псориаз - у 1 пациента (3,8%) II группы, инверсный - у 1 пациента (3,9%) II группы. Диффузный псориаз отмечен у 2 пациентов (7,4%) I группы и 2 (7,7%) - II группы. Пустулезный псориаз установлен лишь у 1 пациента (3,7%) I группы, артропатическая форма - у 10 больных (37,1%) I группы и 3 (11,5%) - II группы. Следует отметить тот факт, что у пациентов I группы в значительной части случаев наблюдалась более яркая клиника псориаза, проявляющаяся в виде наличия у них более инфильтрированных, экссудативных папул, с наличием на их поверхности не только характерного вида чешуек, но и серозно-геморрагических корок. Подчеркивая специфический для этой группы характер течения бляшечного псориаза, мы выделили отдельно эту категорию пациентов с экссудативным псориазом для сравнения в обеих группах. Так в первой группе их количество в 2,3 раза (25,9% против 11,5%; $p < 0,05$) превосходило количество пациентов во II группе.

Среди больных I и III групп степень риска кардиоваскулярных осложнений оценен как: очень высокий у 6 (23,1%) - I группы и 17 (34,7%) - III группы, высокий- у 9 (33,3%) и 18 (36,7%) соответственно и средний - у 12 (44,4%) и 14 (28,6%) соответственно.

Представленная характеристика групп больных свидетельствует о клиничнески более выраженном системном характере воспалительного процесса в коже, суставах, более ярко представленном дермальном компоненте в процессе формирования псориатичних элементов у пациентов с ПС и сопутствующей артериальной гипертензией. Иерархический кластерный анализ перечисленнях ИФА исследований наглядно демонстрирует, что на начальном этапе в агрегации формируется асоциативная взаимосвязь между основними звеньями провоспалительного цитокинового каскада, а именно интерлейкинами IL-1β, IL-1α, ФНО-α, IL-6, что является подтверждением системной воспалительной реакции. У больных с ПС в сочетании с ГБ наблюдается достоверное увеличение уровня нитротирозина, универсального маркера нитрозирующего стресса, отмечается прогрессивное нарастание экспрессии маркера апоптоза каспазы-8 у пациентов основной группы, что подчеркивает инициальную роль аутоиммунного компонента, запускающего, в свою очередь, сложный иммунопатологический процесс, который реализуется в виде гиперпролиферации кератиноцитов, нарушающих диференцировку и формирующий имунное воспаление в дерме, и апоптоз-индуцированных процессов у больных псориазом, которые отягощаются наличием синдрома артериальной гипертензии.

Выводы. Согласно проведенной процедуре иерархического кластерного анализа, можно отметить, что у больных с псориазом, протекающем на фоне артериальной гипертензии, существует статистически более выраженная клинически и значимая взаимосвязь между параметрами, отражающими активность воспалительного процесса, апоптоза, нитрозирующего стресса, а

Репозиторий ГрГМУ

также выраженностью аутоиммунной реакции, в сравнении с пациентами без коморбидности.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

И. В. Малахова, Д. Ф. Куницкий, Т. В. Дудина, Е. В. Халикова
ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Беларусь

Правовое регулирование охраны здоровья населения является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения.

Право каждого человека на охрану здоровья - общепризнанная норма международного права, имеющая три уровня закрепления. Универсальный уровень имеет общее декларативное значение и выступает как рекомендация для мирового сообщества (Всеобщая декларация прав человека 1948 г., Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г, Международный пакт о гражданских и политических правах, принятые Генеральной Ассамблеей ООН, Декларация о правах инвалидов (09.12.1975 г.), Декларация о нравах умственно отсталых лиц (20.12.1971 г.) и др.). Региональный уровень – это региональные стандарты, обладающие особенностями, определяемые традициями и уровнем развития стран. Они могут быть более широкими или более конкретными, но обязательно должны иметь политико-правовой механизм реализации. Они обязательны для всех стран-участниц региональной организации (например, Европейская Социальная Хартия, принятая Советом Европы, содержит две статьи, посвященные праву на охрану здоровья).

Для выработки общих стандартов качества, контроля, координации действий стран-партнёров существуют специально созданные организации. Это - специализированный уровень. Кроме того, каждое государство предоставляет своим гражданам специальные права, определяемые характером общественного строя, уровнем экономического развития, историческими традициями, закрепленными национальным законодательством.

Нормативно-правовое регулирование охраны здоровья в каждой стране - это специализированный уровень закрепления прав граждан с учетом универсальных международных рекомендаций и региональных механизмов их реализации, подразумевающий построение четкой правовой вертикали системы нормативных правовых актов (НПА), базирующейся на юридической силе. При этом законы являются высшим императивным выражением государственной власти, то есть все последующие НПА издаются на их основе и во исполнение законов.

Репозиторий ГрГМУ

Основой для формирования законодательной базы здравоохранения, является Конституция Республики Беларусь, которая содержит ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни человека, деятельности медицинских работников.

После распада СССР и приобретения Республикой Беларусь государственного суверенитета, возникла необходимость разработки нового законодательства в этой области.

В первую очередь, была пересмотрена вся нормативная правовая база и подготовлены Законы Республики Беларусь: «О здравоохранении»; «О лекарственных средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», «О государственных минимальных социальных стандартах», «О демографической безопасности» и др.

Данные документы направлены на реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Они определяют основные задачи и меры по оптимизации системы управления здравоохранением и созданию гарантий для населения в получении доступной и квалифицированной медицинской помощи, улучшению медицинского обслуживания населения, материально-технической базы отрасли здравоохранения и др.

На начальном этапе развития здравоохранение Республики Беларусь проходило адаптацию к новым социально-экономическим условиям, для чего разработаны соответствующие нормативные правовые акты.

В последние годы реформы в социально-экономической сфере, развитие медицины, появление наряду с государственными частных организаций здравоохранения вызвали необходимость радикальных изменений действующей системы правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. Возникла необходимость пересмотра допущенных пробелов в законодательстве и устранения их.

В связи с этим существенно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые законы, а в действующие внесены значительные коррективы. Приняты Указы Президента Республики Беларусь, постановления Правительства, приказы Министерства здравоохранения.

Сегодня с уверенностью можно констатировать, что с изменением законодательства в здравоохранении медицина стала более доступна. Однако на современном этапе все произошедшие изменения требуют от медицинских работников четких знаний не только своих прав и обязанностей, но также прав и обязанностей пациента при оказании ему медицинских услуг. Они должны знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения своих профессиональных обязанностей. Данные требования, возможно соблюдать только при наличии соответствующей нормативной правовой базы, которая уже на сегодняшний день в Беларуси сформирована.

Репозиторий ГрГМУ

Однако мировое здравоохранение не стоит на месте. Разрабатываются и внедряются новые современные технологии, новые лекарственные средства, оборудование и медицинские изделия, ученые разрабатывают методы борьбы с вновь появляющимися заболеваниями и т.п. Все это требует постоянного мониторинга действующих нормативных правовых актов и своевременного внесения изменений и дополнений в них. Данная работа в Беларуси ведется постоянно.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ГЛАВНЫХ (СТАРШИХ) МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Т. В. Матвейчик, Р. И. Делендик

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
ГУ «Республиканская больница спелеолечения», филиал «Реабилитационный центр Зеленый бор»

Основной доктриной развития профессионального образования в начале XXI в., включающей третичное среднее и/или высшее профессиональное образование, являются программы непрерывного профессионального обучения на протяжении всей жизни (life-long learning). Место Республики Беларусь в списке государств мира по уровню образования населения достаточно высок и поддерживается существующей системой базового и дополнительного образования, позволяющей применять новые технологии обучения и мировой опыт.

При обучении руководителей сестринского дела, осуществляемом в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО), используется процесс, включающий элементы индивидуальной профессиональной компетенции медика. Это позволяет решать два аспекта дополнительного обучения: поддерживать необходимый уровень профессиональной состоятельности специалиста и обеспечивать контроль с последующей проверкой приобретенных навыков и знаний на основе различных механизмов оценки профессиональной квалификации [1].

Цель: изучение мнения главных (старших) медицинских сестер Республики Беларусь о тематике для последующего планирования непрерывного дополнительного обучения согласно доктрине развития профессионального образования.

Результаты и обсуждение. Обучение медицинских сестер в Республике Беларусь в XXI веке происходит с учетом особенностей ее исторической роли и места в системе здравоохранения [2, 87]; [3,15], а также под влиянием международного сотрудничества [4]; [5]. Так, Минская Декларация, принятая на Европейской министерской конференции ВОЗ "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020" (Минск, 2015) носит межведомственный характер, заложивший «…основы не только для системы здравоохранения, но и для других сфер, в том числе образования, экономики, финансов, экологии.

Репозиторий ГрГМУ

Применительно к нашей стране, мы усилим профилактическую направленность и работу первичного звена», - отметил Министр здравоохранения Республики Беларусь В.И. Жарко [4]. Решение мировым медицинским сообществом о политике развития здравоохранения на период до 2020 года через 3 поставленные задачи: «действовать раньше, действовать вовремя и действовать сообща» позволит добиться положительного эффекта по увеличению продолжительности и улучшению качества жизни [2,4,5]. Это подтверждает высказывание на первой Европейской министерской конференции ВОЗ Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко о том, что «здоровье нации – главная инвестиция государства».

Профилактическое и оздоровительное направление технологического развития медицины [6,7,8] должно стать основой медицинской и педагогической стратегии по охране здоровья людей в 21 веке. В целях совершенствования учебно-образовательного процесса, приближенного к практической работе в 2014-2016 гг., методом анкетирования 115 главных и старших медицинских сестер различных организаций здравоохранения изучен рейтинг вопросов для будущего обучения респондентов на курсе повышения квалификации «Организация сестринского дела» (курс ПК «ОСД») кафедры общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) БелМАПО. Получены ответы на вопросы, свидетельствующие о преобладании интереса к психологии, этике и деонтологии у 54%; к вопросам медицинской реабилитации и профилактической медицины – 50%; менеджменту и лидерству, фармации, командному подходу работы медицинского персонала – у 26%. Вопросы трудового права, законодательной нормативной базы, компьютеризации деятельности и ФЗОЖ желают изучать 15% лиц. Обучение пациента и членов семьи уходу, инфекционному контролю, профилактике инфекционных заболеваний интересует 5% анкетированных.

Исследованием установлена готовность 74,52% медицинских сестер санаторно-курортных организаций (СКО) к применению новых информационных технологий в лекарственном обеспечении, контроле санитарно-противоэпидемического режима и диетического питания. Только 5,88% из анкетированных имеют, по мнению главных (старших) медицинских сестер, необходимость в изменении организации их работы.

Поскольку «…и воспитание, и образование нераздельны, нельзя воспитывать, не передавая знания, всякое же знание действует воспитательно», как считал Л.Н. Толстой, а также в соответствии с принципом непрерывности на курсе ПК «ОСД» кафедры ОЗиЗ изучены результаты обучения после ПК главными (старшими) медицинскими сестрами.

Полученные знания на практике востребованы у 70% респондентов, через год – у 30%. Перспективу профессионального развития 35% медицинских сестер видят в проведении обучающих научно-практических семинаров совместно с врачами. На 1 по важности месте ранжированных ответов названа стажировка на рабочем месте 72% респондентов, на 2-м

Репозиторий ГрГМУ

месте – совместные с врачами конференции - 24%, на 3-м месте – чтение профессиональных сестринских изданий и самообразование.

Сохраняет актуальность совершенствование подготовки главных и старших медицинских сестер СКО в системе дополнительного образования по медицинской реабилитации, обучению навыкам сохранения здоровья пациентов через систему адаптивной физической культуры и мотивации их на здоровый образ жизни, что составляет основу государственной политики по формированию здоровой нации [8].

Выводы. Мнение главных (старших) медицинских сестер о предпочтительной тематике в дополнительном обучении свидетельствует о преобладании интереса к вопросам психологии, этики, деонтологии у 54%, к теме медицинской реабилитации и профилактической медицины – у 50% респондентов, а к менеджменту, лидерству, фармации, командному подходу работы медицинского персонала – у 26% опрошенных лиц. Вопросы трудового права, законодательной нормативной базы, компьютеризации деятельности интересуют 15% анкетированных лиц. Настораживает факт невысокого уровня интереса к изучению вопросов обучения пациента и членов семьи уходу, инфекционному контролю, профилактике инфекционных заболеваний 5% анкетированных, что может быть свидетельством недостаточного внимания к сестринской педагогике в программах обучения, либо недопонимания ее значения обучаемыми [9,10]. Между тем ВОЗ отводит сестринскому уходу первое место по значимости функций медицинской сестры для качества жизни значительной части населения мира, потребность в котором будет возрастать согласно демографическим прогнозам [11].

Установлена достоверная готовность 74,52% медицинских сестер СКО к применению новых информационных технологий в лекарственном обеспечении, контроле санитарно-противоэпидемического режима и диетического питания, свидетельствующая о правильно избранном направлении обучения этих специалистов и обусловленная последствиями завершающегося этапа информатизации отрасли.

Исследованием установлено, что полученные знания на практике востребованы у 70% респондентов, через год – у 30%, что вполне согласуется с показателями востребованности знаний обучающихся в Российской Федерации [12].

Перспективу профессионального развития 35% медицинских сестер видят в проведении научно-практических семинаров совместно с врачами, что учтено в новых форматах проведения Министерством здравоохранения Республики Беларусь совещаний и семинаров. Они включают выездные формы общественных Ассоциаций специалистов, семинары-совещания, День специалиста, обучающие семинары с международным участием, вебинары в рамках Содружества Независимых государств, мастер-классы. Предпочтительными для 72% респондентов названы стажировка на рабочем месте, совместные с врачами конференции, а также чтение профессиональных сестринских изданий и самообразование.

Репозиторий ГрГМУ

В целом обучение главных медицинских сестер соответствует требованиям, обеспечивающим качество обучения в системе дополнительного образования через развитие лидерства. Специалисты – главные медицинские сестры справляются с функциями организации дела, генерации новых идей, эрудированны, представляют собой эталон действий, являясь истинными мастерами своего дела. Особенности планирования состоят в поддержании интереса у главных (старших) медицинских сестер к определенной их мнением тематике в непрерывном дополнительном обучении, что становится основополагающим для инновационных подходов в развитии коллективного лидерства, осуществляемого в рамках научной школы по общественному здравоохранению Беларуси под руководством проф. Э.А. Вальчука.

Литература

1. Анализ новых подходов к системе обучения главных медицинских сестер» /Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2015.- 78с.
2. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) /М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 160 с.
3. Вальчук Э.А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: справочное издание /Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И, Иванова.- Минск: БелМАПО, 2014. -32с.
4. http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015
5. Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
6. Тищенко Е.М. История здравоохранения Беларуси в XX веке: монография /Е.М. Тищенко. – Гродно, 2001. - 154с.
7. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.
8. Матвейчик Т.В., Мещеряков Ю.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: научн. издание /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск: Ковчег. – 244с.
9. Матвейчик Т.В. Содействие здоровому образу жизни»: учеб.-метод. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.П. Романова [и др.]; научн. ред. Т.В. Матвейчик. - Минск: РИПО,2011.-276с.
10. Матвейчик Т.В. Основы сестринской педагогики и повышения педагогического мастерства): учеб. - метод. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]; - Минск:): ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012.-160с.
11. Матвейчик Т.В., Антипов В.В., Антипова С.И. «Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь: возрастные аспекты смертности» //Medicus. - 2016. - № 1(7) – С.107-115.
12. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография /Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 303 с.

Репозиторий ГрГМУ

ПРОФЕССОР ВЛАДИМИР ВАЛЕРИАНОВИЧ ПОДВЫСОЦКИЙ (1857-1913) - ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НОВОРОССИЙСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А. В. Мельниченко, К. К. Васильев

Одесский национальный медицинский университет, Украина

В.В. Подвысоцкий – выдающийся ученый-патолог и организатор медицинской науки, устроитель и первый декан медицинского факультета Новороссийского университета (ныне Одесский национальный медицинский университет), заложивший основы высшей медицинской школы в Одессе.

7 августа 1900 г. «Вечерние приложения Одесских новостей» сообщили, что «Подвысоцкий вчера прибыл в Одессу и остается здесь на постоянное жительство». Проф. Подвысоцкий питомец университета Святого Владимира в Киеве, где до перехода в Одессу, возглавлял кафедру общей патологии, а 1900-1905 гг. он декан медицинского факультета Новороссийского университета.

Кафедры, полагающиеся открытому в 1900 г. в Одессе медицинскому факультету начали функционировать не сразу, не одномоментно. Они создавались по мере появления новых курсов. Так в сентябре 1900 г. медицинский факультет состоял только из первого курса. В 1901/02 академическом году на факультете было уже два курса – первый и второй; а в начале XX всего на медицинских факультетах Империи студенты обучались 5 лет – пять курсов или 10 семестров. При этом, первые два курса (4 семестра) на медицинском факультете преподавались только теоретические дисциплины, которые заканчивались полукурсовыми испытаниями. С начала третьего курса (5-го семестра) студенты приступали к обучению на клинических кафедрах. Таким образом, в период работы в Одессе проф. Подвысоцкому пришлось участвовать в организации всех кафедр медицинского факультета.

Так как в университете уже многие годы функционировал физико-математический факультет, не возникло никаких проблем с преподаванием на медфаке физики, химии, минералогии, ботаники, зоологии, так как на названном факультете были соответствующие кафедры. Их возглавляли соответственно профессора Ф.Н. Шведов (1840-1905), П.И. Петренко-Критченко (1866-1944), Р.А. Прендель (1856-1904), Л.А. Ришави (1851-1915), В.М. Репяхов (1852-1905). Единственным исключением была кафедра физиологии, которая была на физико-математическом факультете (проф. Б.Ф. Вериго; 1860-1925), и которая должна была быть на медицинском. Последний согласился перейти на медицинский факультет. Со второго курса студенты-медики должны были приступить к изучению физиологической химии (биохимии). На кафедре у проф. Вериго прозектором был А.К. Медведев (1863-1921), который и был избран на кафедру физиологической химии. На юридическом факультете Новороссийского университета преподавалась судебная медицины, но была представлена не

Репозиторий ГрГМУ

профессором, а только приват-доцентом А.В. Коршем (1846-1925). Он то и возглавил кафедру судебной медицины на медицинском факультете в 1903 г.

Сам же проф. Подвысоцкий в Одессе в начале 1901 г. занял кафедру гистологии – именно со второго семестра студенты-медики приступали к изучению гистологии, но к началу 1902/03 учебного года он возглавил «свою» кафедру общей патологии. Кафедру же гистологии он передал своему киевскому ученику А.Ф. Маньковскому (1868-1946). Декан Подвысоцкий поддержал кандидатуру приват-доцента университета Святого Владимира К.М. Сапежко (1857-1928), известного ему по совместной работе в Киеве, и в апреле 1902 г. последний был назначен профессором медицинского факультета Новороссийского университета по кафедре хирургической факультетской клиники с поручением временно – в 1902/03 академическом году – руководить кафедрой хирургической патологии. Последнее было связано с тем, что на вакантную кафедру хирургической патологии студенты должны были прийти уже в 1902 г., а преподавание в клинике факультетской хирургии началось только с осеннего семестра 1903 г. Между тем проф. Сапежко претендовал на руководство именно кафедрой хирургической факультетской клиники, которая имела в Одессе свою клиническую базу (больничный стационар), в отличие от кафедрой хирургической патологии. И, наконец, ещё один преподаватель Киевского университета возглавил кафедру в Одессе – терапевт Ф.Г. Яновский (1890-1928).

Остальные кафедры медицинского факультета Новороссийского университета заняли представители Петербургской военно-медицинской академии, Московского, Харьковского, Казанского и Юрьевского университетов. Из Юрьева (ныне Тарту, Эстония) в Одессу переехали фармацевт М.Б. Блауберг (1866-1921) и гигиенист Г.В. Хлопин (1863-1929); из Казани - терапевт С. В. Левашовым (1857-1919) и психиатр Н.М. Попов (1854-1939); из Харькова - терапевт А.В. Богданов (1854-1906), дерматовенеролог В.И. Зарубин (1867-1938) и гигиенист И.И. Кияницын (1855 - не ранее 1924); из Москвы - офтальмолог С.С. Головин (1866-1931), патологоанатом Д.П. Кишенский (1858–1933) и топографоанатом Н.К. Лысенков (1865-1941). Но больше всего кафедр в Одессе заняли представители петербургских научных школ: анатом Н.А. Батуев (1855-1917), фармаколог П.Я. Борисов (1864-1916), терапевты П.А. Вальтер (1856-1932) и А.И. Игнатовский (1875-1955), акушер-гинеколог В.Н. Массена (1860-1904), хирург Н.А. Щеголев (1862-1938), педиатр В.Ф. Якубович (1857-1933).

Но ещё до открытия медицинского факультета Новороссийского университета проф. Подвысоцкий начал работать в «Строительной комиссии по сооружению зданий медицинского факультета Новороссийского университета». Он вошел в её состав 22 декабря 1898 г. (3 января 1899 г.), то есть в то время, когда он был профессором в Киеве. Здесь надо так же отметить, что В.В. Подвысоцкого опубликовал статью: «Краткое описание зданий медицинского факультета Новороссийского университета» (Русский архив патологии, клинической медицины и бактериологии. – 1900. – Т. 10,

Репозиторий ГрГМУ

вып. 4. – С. 316-330. Репринт: Одеський медичний журнал. – 2010. - № 10(120). – С. 5-19).

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.С. Милош[1], Л. В. Гутикова[1], В. Э. Сайковская[2], Н. Я. Юшкевич[2], С. А. Разина[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1],
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр[2]

Не вызывает сомнений, что медико-социальные факторы влияют на формирование репродуктивного здоровья девочек как будущих матерей. Девочки и девушки в большей степени, чем взрослые женщины, подвержены разнообразным неблагоприятным воздействиям социального, экономического, бытового, нравственного, экологического характера, поэтому возникает необходимость в проведении энергичных оздоровительных медицинских и немедицинских мероприятий.

В подростковом периоде девочки, имеющие соматические заболевания, чаще страдают гинекологическими болезнями и нарушениями половой сферы. За последнее десятилетие частота заболеваний гениталий воспалительного характера у девочек увеличилась в 5,4 раза. Известно, что частота гинекологической патологии в России среди девочек-подростков составляет 12-14% [1]. Это касается не только заболеваний, передаваемых половым путем, но и неспецифических вульвовагинитов у девушек, не живущих половой жизнью. По данным разных авторов, их частота у девочек в различные возрастные периоды колеблется от 29,9 до 93% [4, 7].

К последствиям воспалительного процесса относятся полипы, кондиломы, развивающиеся на вульве и во влагалище [3]. Серьезные последствия имеют хламидийный, мико- и уреаплазменный вульвовагиниты. Длительный нелеченный специфический процесс в гениталиях у девочек и подростков в репродуктивном возрасте может привести к бесплодию, невынашиванию беременности, преждевременным родам и патологии плода [5].

Рост числа воспалительных заболеваний гениталий в подростковом возрасте определяется не только низкой санитарной культурой, нарушениями микроэкологии влагалища на фоне острых или хронических заболеваний, применением антибиотиков, но и увеличением числа беспорядочных половых связей. В настоящее время нередко выявляются трихомониаз, хламидийная, уреа-микоплазменная инфекции, гонорея и т. д.[6]. Приходится отметить, что теперь первый половой дебют регистрируется в возрасте 15-16 лет, а иногда и в 14 лет. Из анализа литературы экстрагенитальная и генитальная патология у сексуально активных девушек в 2,7 раза выше, чем у девочек, не живущих половой жизнью [2].

Репозиторий ГрГМУ

Заболеваемость детей и подростков указывают на необходимость совершенствования акушерско-гинекологической помощи в период становления их репродуктивной системы, что позволит максимально сохранить нашим детям здоровье.

С октября 2013 года на базе городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника №2 г. Гродно» организован «Центр репродуктивного здоровья девочек и девочек-подростков» – «Контакт», который объединил в одном кабинете оказание гинекологической помощи девочкам от 0 до 18 лет. Центр оснащен современным оборудованием: кольпоскоп, радиоволновой аппарат, портативный УЗИ аппарат, автоматизированное рабочее место. Изучив опыт работы данного кабинета, приказом управления здравоохранения Гродненского облисполкома №1000 от 30.10.2013 года со второго квартала 2014 года был открыт аналогичный кабинет в Ленинском районе г. Гродно на базе городского учреждения здравоохранения «Детская поликлиника № 1 г. Гродно» - «Позитив».

Организационно-методическое руководство кабинетами репродуктивного здоровья осуществляется заведующими базовыми женскими консультациями №2 и №5 г. Гродно.

В каждом кабинете имеется 2,0 ставки врача акушера-гинеколога (детский и подростковый) и 2,0 ставки медсестры. Прием организован в 2 смены. Категорированность врачей в обоих кабинетах – высшая и вторая категории. За кабинетами закреплены психологи детских поликлиник и врачи психотерапевты женских консультаций.

В районах Гродненской области амбулаторная помощь девочкам и подросткам оказывается акушерами-гинекологами женских консультаций центральных районных больниц. Имеется 0,25 ставки детского гинеколога в учреждении здравоохранения «Слонимская центральная районная больница» и 1 ставка в городском учреждении здравоохранения «Лидская центральная районная больница», прием осуществляет специалист первой категории.

Стационарная помощь детскому и подростковому населению оказывается в УЗ «ГКБСМП» г. Гродно, где в структуре гинекологического отделения отведено 8 детских гинекологических коек.

Плановая и экстренная консультативная помощь детям и подросткам в Гродно и Гродненской области осуществляется в кабинетах планирования семьи на базе женских консультаций №2 и №5 г. Гродно, узкими специалистами в кабинетах детских поликлиник №1 и № 2, с привлечением главного внештатного специалиста по детской гинекологии управления в 1-ю среду месяца на базе 2-й и 3-ю среду месяца – 1-й. Кроме того, осуществляются главным внештатным специалистом по детской гинекологии управления выезды в районы Гродненской области, наряду с консультированием пациенток в профессорско-консультативном центре Гродненского государственного медицинского университета по утвержденному графику.

Всего в Гродненской области и г. Гродно девочек до 15 лет – 83329, девочек подростков – 15716. Ежегодно на протяжении последних 5-ти лет

Репозиторий ГрГМУ

профосмотрами охвачены 98-99% от подлежащих профосмотру девочек, что составляет 45-50% от всех девочек до 15 лет. Так за 2015 врачами акушерами-гинекологами осмотрено девочек до 15 лет – 43929 (52,7%), девочек-подростков принято 15387 (97,9 %) от подлежащих осмотру.

В структуре выявленной патологии первое место занимают вульвовагиниты – 39-53,4%, на втором месте синехии – 22-45%, третье место – альгодисменорея – 10-13%.

Выявлено заболеваний у девочек до 15 лет – 1581 (3,6%) из них первое место занимают вульвовагиниты – 45,8%, на втором месте рецидивирующие синехии – 25,6%, третье место альгодисменореи – 8,7%, далее опухоли и опухолевидные образования половых органов – 2,8%, преждевременное половое развитие – 1,2%, задержка полового развития – 0,7%, прочие – 6,4%. В возрастной группе до 6 лет патология встречается в 4,2% случаев, у 11-12 летних девочек – в 2,1% случаев.

Среди подростков заболевания установлены у 1191 (7,7%). В этой возрастной группе чаще встречается такая патология как: дисфункция яичников – 32,9%, эрозии шейки матки – 27,8%, кольпиты – 23,2%, кисты – 4,5%, сальпингоофориты – 2,9%, диффузные мастопатии – 2,6%, прочие – 5,1%.

В стационаре пролечено 60 пациенток, 15% из которых прооперировано – это ювенильные кровотечения, кисты.

Живущих половой жизнью среди подростков 20,1%. Юные пациентки с заболеваниями взяты на диспансерный учет, прошли лечение. Профосмотр девочек начинается с проведения лекции и демонстрации фильма по репродуктивной системе. Лекции на темы: «Репродуктивное здоровье», профилактика «ИППП», «Гигиена девочки», «Профилактика рака шейки матки», «Профилактика онкологических заболеваний» и др.

На диспансерном учете у детских гинекологов состоит – 297 девочек, у подростковых – 450 девочек.

В основу организации диспансеризации детей и подростков положен принцип распределения девочек на 3 группы:

I группа – «здоровые». Включает здоровых девочек. Скрининговые осмотры в 3 года, 6 лет, 11 и 12 лет, с 15 до 18 лет ежегодно;

II группа – «риска» относятся девочки:

- масса тела при рождения < 2500 или больше 4000 гр.;
- родившихся от матерей с экстрагенитальной и гинекологической патологией;
- в родах перенесших гипоксию, родовой травматизм и др. патологию;
- гемолитическая болезнь, пневмония, экссудативный диатез, септические и другие заболевания в период новорожденности;
- часто и длительно болеющие дети простудными заболеваниями;
- из социально – неблагополучных семей;
- страдающих хронической соматической патологией;

Репозиторий ГрГМУ

- операции на органах брюшной полости и черепно-мозговые травмы;

- после прерывания беременности

- после изнасилования;

III группа – это группа диспансерного учета (девочки с экстрагенитальной патологией; девочки с репродуктивными нарушениями, ювенильными кровотечениями, нарушениями полового развития, опухолевидными образованиями и др. на этом этапе лечения, реабилитации и т.д.).

Итак, необходима переемственность и единство работы детского и подросткового гинеколога, ранняя диагностика патологии гениталий у юных пациенток, что обеспечит правильный выбор врачебной тактики и будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья будущей матери. Регулярное наблюдение у детского и подросткового гинеколога позволит не только своевременно выявить, пролечить и определить меры профилактики гинекологических заболеваний, но и подготовить девушек к предстоящему материнству, ответственному рождению детей, что поможет решить проблему демографической безопасности в стране.

Литература

1. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин – СПб: ИКФ Фолиант, 2000. – 574 с.
2. Загорельская, Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: автореф. дис. ... кан. мед. наук / Л.Г. Загорельская – Уфа. – 2002. – 24 с.
3. Захарова, И.И. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте (диагностика, рациональное лечение, рекомендации по гигиене)/ И.И. Захарова, Н.А. Коровина, Т.М. Творогова// Руководство для врачей. – Москва., 2010. – 60 с.
4. Коколина, В.Ф. Урогенитальный хламидиоз: пособие для врачей. М., 2007. – 26 с.
5. Немченко, О.И. Урогенитальный микоплазмоз у девочек: обзор литературы / О.И. Немченко, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 2. – С. 40–53.
6. Прилепская, В.Н. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения // Гинекология. – 2000. – Т. 2, – № 2. – С 57–59.
7. Султанова, Ф.Ш. Состояние влагалища и шейки матки у девочек допубертатного возраста с различным уровнем стероидных гормонов: автореф. дис...канд. мед. наук. М., 2003. – 23 с.

ВЛИЯНИЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН – КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

Т. С. Милош

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы отмечен рост заболеваемости гениталий среди молодых женщин. Это приводит к увеличению радикальных хирургических вмешательств. Наиболее частой операцией в большинстве стран мира является гистерэктомия по поводу миомы матки и эндометриоза, во время

Репозиторий ГГМУ

которой в 60% одновременно удаляют и яичники. Развивающийся постовариоэктомический синдром вследствие двухсторонней овариэктомии (ДО) занимает особое место среди гипоэстрогенных состояний женщины, патогенетически отличаясь от возрастной менопаузы [4].

Кроме того, нейровегетативные, эндокринно-метаболические нарушения и психоэмоциональный дискомфорт из-за резкого дефицита половых гормонов ведут к срыву адаптационно-приспособительных механизмов в организме и развитию синдрома «хирургической менопаузы», отражаясь на здоровье женщины. Установлено, что практически во всех органах и тканях женского тела есть рецепторы к эстрадиолу. Этим можно объяснить возникновение психологических расстройств и метаболических нарушений. Кроме того, обнаружена прямая зависимость между ЦНС и автономным синтезом половых стероидов (нейростероидов). Эта связь говорит о влиянии эстрогенов на ментальные и когнитивные функции, отвечающие за качество жизни женского организма [1].

При двухстороннем удалении придатков наблюдается более быстрое развитие как ранних, так и поздних стадий климактерических расстройств, более тяжелое их течение [2], что резко ухудшает состояние здоровья женщины и качество жизни. Поэтому врачи акушеры-гинекологи сталкиваться с проблемой: сохранения жизни пациенток на высоком уровне качества.

Патологические проявления ТО у больных репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями протекают с более выраженной манифестацией, достигая 50-100% случаев [5]. В послеоперационном периоде при отсутствии терапии отмечено прогрессирование гиперлипидемических изменений, повышение атерогенного потенциала крови, дислипидемия, артериальная гипертензия, гиперинсулинемия и инсулинорезистентность [4], что обусловливает необходимость более детального подхода к изучению частоты, этиологических факторов, особенностей патогенетических механизмов и прогнозирования в период хирургической менопаузы.

При этом, недостаточно изучен в условиях развивающегося гипогонадизма является липидный обмен. Установлено, что в это время у женщин наблюдается рост числа инфарктов миокарда и инсультов, патогенез которых связан с метаболическим синдромом. Вышеперечисленное обусловливает актуальность исследований в этом направлении.

Цель исследования – изучение влияния двухстороннего удаления придатков у молодых женщин на развитие метаболического синдрома и липидный профиль.

Методы исследования. В клиническом наблюдении и клинико-инструментальном обследовании участвовали 17 пациенток с ДО (основная группа) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников или их перекрута. Контрольную группу составили 12 женщин с учетом критериев включения и исключения.

Репозиторий ГрГМУ

Критерии включения: возраст 47±1,4 лет (p>0,05). Критерии исключения из исследования: наличие острых и хронических (в стадии обострения) заболеваний органов малого таза, сопутствующих ИППП, опухоли экстрагенитальной локализации, факт приема каких-либо гормональных препаратов, и лекарств, оказывающих влияние на состояние сосудистой стенки в течение последнего года, врожденные заболевания печени и обмена веществ, заболеваний центральной нервной системы. При подборе пациенток также обращали внимание на социальный статус, физическую активность, пищевые и вредные привычки. Всем гинекологическим больным накануне операции проводилось общеклиническое, биохимическое исследование крови, коагулограмма. Учитывались жалобы, анамнестические данные.

Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ=масса тела (кг)/рост2 (м2), измеряли окружность талии (ОТ) и устанавливали наличие абдоминального ожирения при превышении ОТ>80 см. Исследовали антропометрические показатели: ОТ, окружность бедер (ОБ), соотношение их окружностей ОТ/ОБ (ВОЗ, 1997). Тип распределения жировой ткани рассчитывали по соотношению объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) (ОТ/ОБ >0,85 – абдоминальный тип, ОТ/ОБ <0,85 – глютеофеморальный).

Для оценки состояния липидного обмена в сыворотке крови женщин определяли уровень общего холестерина (ХС) [6], триглицеридов (ТГ) [7] колориметрическим фотометрическим тестом на анализаторе Beckman Coulter серии AU.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0». После проверки данных на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы. Использовался однофакторный дисперсионный анализ данных. Различия считали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток с ДО наблюдались клинические проявления постовариоэктомического синдрома. Средний возраст женщин составил 47,9±2,8 лет. При сравнении нами группы были сопоставимы по возрасту и росту. Средний вес гинекологических больных опытной группы ровнялся 74,4±14,2 кг (p>0,05), вес женщин контрольной группы – 63,9±9,8 кг. При исходном обследовании избыточная масса тела (ИМТ 25-30 кг/м²) и ожирение 1 степени (ИМТ 30-35 кг/м²) выявлено поровну у 17,6% пациенток с ДО. Данный параметр у женщин контрольной группы – 20-24,9 кг/м². Абдоминальное перераспределение жира наблюдалось у 29,4% пациенток, глютеофеморальное – у 5,9%. Установлено, что ОТ женщин с ДО составила – 91,1±7,9 см (p<0,05) данный параметр у пациенток контрольной группы – 75,5±8,1 см. Соотношение ОТ/ОБ составило 0,84±0,05 и 0,78±0,04, соответственно (p<0,05).

В ходе биохимического анализа крови у гинекологических больных с ДО уровень общего ХС ровнялся 6,1±0,7 ммоль/л и был выше (p<0,001) на

Репозиторий ГрГМУ

23%, чем у женщин контрольной группы 4,7±1,1 ммоль/л. У опытной группы пациенток показатель ТГ составил 2,5±1,3 г/л, что было больше в 3,6 раза, чем у женщин контрольной группы 0,69±0,2 г/л.

Выводы. Таким образом, в связи с дефицитом половых стероидов прогрессируют метаболические нарушения: увеличение массы тела, перераспределение жира с формированием абдоминального ожирения, гиперлипидемия. Данные патологические нарушения влекут за собой изменение общего здоровья, трудоспособности и качество жизни молодых женщин, обусловливая формирование сердечно-сосудистых заболеваний и вызывают необходимость своевременной коррекции.

Литература

1. Доброхотова, Ю.Э. Опыт применения Феминала в коррекции климактерических расстройств / Ю.Э. Доброхотова, Н.А. Литвинова, Е.В. Летягина //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №1. – С. 65–68.
2. Макаров, О.В. Синдром постгистерэктомии/ О.В. Макаров, В.П. Сметник, Ю.Э. Доброхотова// Москва – 2000. – 267с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA // Москва: Медиа Сфера. – 2003. – 312 с.
4. Сметник, В.П. Медицина климактерия/ В.П. Сметник // М., – 2006. – 848 с.
5. Ферстрате, М. Тромбозы/ М. Ферстрате, Ж. Фермилен // М. – 1986. – 333с.
6. Allain, C.C. Enzymatic determination of total serum cholesterol/ C.C. Allain, L.S. Poon, C.S.G. Chan, W. Richmond, P.C. Fu // Clin Chem – 1974. – V. 20. – P. 470–475.
7. Trinder, P. Enzymatic calorimetric determination of triglycerides by GOP-PAP method /P. Trinder // Ann Clin Biochem. – 1969. – Vol. 6. – P. 24–27.

РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Р. А. Мисюра

УЗ «Столинская центральная районная больница»

Работа с населением по вопросу формирования мировоззрения на возможные риски для жизни и здоровья, связанные с радиационной аварией, является неотъемлемой частью мероприятий по ликвидации последствий радиационных катастроф. Однако понимание важности данной проблемы пришло не сразу.

За послечернобыльские годы морально-психологическое состояние населения от шокового или безразличного прошло путь к состоянию осознанного отношения к радиации, как к явлению, окружающему нас.

Почему вопросу привития населению радиологической культуры необходимо уделять постоянное внимание?

Да потому, что обеспокоенность и психологическая напряженность, вляющаяся проявлением стресса на произошедшую или ожидаемую аварию, могут являться причиной нервно-психических расстройств и психо-соматических заболеваний.

При этом негативные последствия тревожного состояния наносят куда больше вреда, чем воздействие малых доз ионизирующего излучения.

Репозиторий ГрГМУ

При проведении санитарно-просветительной работы очень важно правильно определить целевую аудиторию, исходя из:

- высокого риска развития негативных последствий аварии;
- предполагаемой эффективности проводимой работы, на основе восприимчивости аудитории к предлагаемой информации;
- преемственности в передаче информации.

Опыт работы УЗ «Столинская ЦРБ» показывает, что в качестве целевой аудитории целесообразно выбирать беременных женщин, которые молоды, обеспокоены состоянием здоровья своего будущего ребенка и, воспитывая своих детей, вольно или невольно передают им свои знания, и информация охватывает всю семью.

Если сравнить городское и сельское население, в группе риска негативных последствий, при прочих равных условиях, окажется сельское население. Оно в определенной степени ограничено в доступе к социальным благам: наличию централизованного водоснабжения, отопления и др., они имеют определенный характер питания: предпочитают питаться продуктами, полученными в личном подсобном хозяйстве и собранными в дикой природе.

Особое внимание необходимо обращать на населенные пункты, расположенные вблизи болот и лесов, где имеется повышенный коэффициент перехода радионуклидов по пищевым цепочкам.

Население всегда имеет определенные знания по вопросу негативного влияния радиации на состояние здоровья человека, но все меры профилактики известные им, чаще всего начинаются с частицы «не»: не ходить, не собирать, не кушать и т.д.

Ввиду того, что жители в сельской местности, имеют небольшой материальный достаток, этих советов они не придерживаются. Кроме этого продукцию, выращенную с личном подсобном хозяйстве, а также грибы и ягоды, собранные в дикой природе и не прошедшие дозиметрический контроль, они могут реализовывать другим людям.

Но наиболее объективным критерием отбора лиц (семей) для проведения разъяснительной работы являются показания СИЧ (счетчик или спектрометр излучения человека). При этом не столько важно оценить радиологическую обстановку в организованном коллективе, как важно оценить ее в отдельно взятой семье, так как в общественном секторе производства питания используются только «чистые» продукты.

При проведении коллективной и индивидуальной работы по радиологическому просвещению необходимо вести себя очень аккуратно. Необходимо принимать во внимание то обстоятельство, что люди, живущие на пострадавших территориях, не виноваты в том, что у них могут быть большие дозы внутреннего облучения, а количество радиоцезия в продуктах выше РДУ (республиканских допустимых уровней).

Они заложники ситуации, которые вынуждены что-то менять в своем укладе жизни, в чем-то себе отказывать. Мы не имеем права их осуждать и поэтому, при обсуждении вопросов по снижению радиационных рисков,

Репозиторий ГрГМУ

необходимы корректность, уважительность и, прежде всего, - желание помочь людям.

Формы работы с населением по привитию радиологической культуры: коллективная, индивидуальная и комплексная (смешанные)

Коллективная форма работы – это выступление на родительском собрании, на собрании жителей деревни, перед коллегами (свой образовательный уровень также необходимо повышать) и т.д.

Имеются особенности ведения коллективной работ. На родительское собрание в школу чаще всего приходят мамы. Поэтому строить диалог необходимо так, чтобы не напугать их, не расстроить, а помочь разобраться в ситуации?

Информация о радиологической обстановке черпается как из академических источников, так и результатов работы радиологических лабораторий районного центра гигиены и эпидемиологии, а также МЦРК (местные центры радиологического контроля).

Чтобы общение не превращалось в монолог, в дискуссию необходимо вовлекать лиц, которые проверяли собранные ими грибы, ягоды, продукцию растениеводства и животноводства из личного подсобного хозяйства. Эти люди будут выполнять роль независимых экспертов. Как не парадоксально, но люди больше доверяют своим землякам, интересы которых совпадают с интересами слушателей. Живой интерес в аудитории в первую очередь вызывают примеры из реальной жизни, основанные на результатах радиометрических измерений. Тогда у людей при наличии возможности появляется еще и желание проверить продукты, что-то изменить в своей жизни.

Основной акцент выступлений делается на то, что радиологической обстановкой можно и нужно управлять. Слушателям представляется информация о методах получения чистой продукции в личном подсобном хозяйстве и способах ее переработки.

Но чтобы эти разговоры носили какой-то системный характер, необходимо постараться выбранную категорию жителей (например: беременные женщины) объединить в кружок по интересам – это также коллективная форма работы. Такую форму работы как «Школа молодой матери» или можно дополнить радиологическим компонентом.

Беседы за круглым столом (кружковая работа) с обменом мнениями обычно проводятся не менее 1 раза в месяц, при этом обсуждаются не только вопросы практической радиологической культуры, но и вопросы нормального протекания беременности и воспитания здорового ребенка. Одна тема плавно перетекает в другую, элемент переключения в ходе беседы позволяет не утомлять женщину и не повышать уровень стресса.

Если лечебное учреждение оснащено радиометром, беременные, приходя в медицинское учреждение, могут приносить для исследования молоко, овощи, фрукты, ягоды, продукцию животноводства, сами присутствовать при проведении исследования и обсуждать результат. Затем они приносят те же продукты после кулинарной обработки и лично

Репозиторий ГрГМУ

убеждаются в том, что советы, полученные от медицинского работника, позволяют улучшить качество продуктов. Кружковая работа позволяет систематизировать имеющиеся знания и дополнить их практическими навыками.

Радиометрические измерения членам семьи советуем проводились с периодичностью 1 раз в 6 месяцев.

Данные показатели являются объективным критерием эффективности усилий семьи по снижению дозовых нагрузок, а для медицинских работников – критерием отбора семей для индивидуальной работы.

При индивидуальной работе с отдельными семьями, мы наглядно показываем родителям динамику показателей, полученных на СИЧ, ассоциируя ее с результатами исследования продуктов питания, используемых в семье.

Обратите внимание на то, что психологи не советуют сравнивать детей, ни по каким параметрам. Если Вы скажете: «У вашего сына результат велик но, не так как у его друга Коли», или, «Посмотрите, какие хорошие результаты у вашего соседа Вани», возможно, мамам будет не комфортно от такого сравнения. Подобными фразами мы нарушаем принцип конфиденциальности, а вторая фразе звучит как откровенный упрек родителям. Поэтому мы произносим фразу подобную этой: «Давайте сделаем так, чтобы результаты Вашего ребенка были такими же, как у других детей в классе». Людям не хочется быть хуже других и они будут стараться сделать так, чтобы не выделяться, особенно в худшую сторону. Этот прием практически всегда срабатывает. Обычно родители обеспокоены здоровьем своих детей, они всегда с готовностью принимают предложенную помощь и поступают так, как Вы советуете.

Однако нужно быть реалистами – будут и другие семьи.

Мы даем знания, информацию, практические советы, но выбор каждый делает для себя сам.

Медицинские работники должны сделать все, чтобы у людей не было никаких сомнений в том, что радиологическую ситуацию можно контролировать, ею можно управлять.

Пытаться объяснить людям, раз уж остались жить на пострадавшей территории, придется иметь необходимые знания по радиологической безопасности и выполнять не сложные правила.

Перед медицинскими работниками в данной ситуации стоит несколько важнейших задач:

Первая задача: на основе научно-доказанных фактов сформировать свое собственное устойчивое мировоззрение на радиоэкологическую обстановку в регионе проживания.

Вторая задача: отслеживать динамику показателей, которые характеризуют радиологическую обстановку: результаты обследования населения на СИЧ, удельный вес нестандартной продукции в общей массе проведенных радиологических исследований продуктов питания в населенном пункте, в котором человек живет и работает.

Репозиторий ГрГМУ

Третья задача: правильная оценка состояние здоровья пациента. Необходимо не только выставить диагноз, дать рекомендации по лечению выявленного заболевания, необходимо помочь преодолеть стресс, связанный как с выставляемым диагнозом, так и отношением пациента к возникшей проблеме.

В настоящий момент мы все реже и реже слышим от пациентов фразу о том, что «во всем виновата радиация», однако даже спустя почти 30 лет эта фраза присутствует.

Четвертая задача - иметь желание помочь пациентам, обследованным на СИЧ, которые имеют показания при обследовании более 0,1 мЗв/год или более 40 Бк/кг. (РДУ - 1 мЗв в год, или 400 Бк/кг)

Исходя из выше изложенного можно сделать вывод, что проведение санитарно-просветительской работы в населенных пунктах, пострадавших в результате радиационных аварий необходимо проводить на доказательном уровне с обязательным практическим компонентом - радиометрическими измерениями.

ИСТОРИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ г. МИНСКА

С. Ф. Михалюк, А. В. Лукьянец

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Медицинское обслуживание рабочих и служащих железных дорог, проходящих по территории Беларуси, как и во всей России было организовано со времени начала работы отрасли. Первоначально эти заботы возлагались на частные общества. После выкупа железных дорог в казну – врачебно-санитарные части, входящие в состав каждой железной дороги, взяли на себя эти функции. К концу XIX века на сети дорог уже действовала система специальных медицинских учреждений.

С 1866 г. на фабриках и заводах, к которым приравнивалась и железная дорога, становится обязательным устройство больниц. К 1879 году на всех дорогах имелись средства для оказания первой помощи заболевшим и пострадавшим при несчастных случаях пассажирам, а также служащим в поездах и на станциях. Это – станционные и поездные аптечки, ящики с перевязочными материалами, носилки и прочее. В том же году на Риго-Витебской железной дороге первая помощь пассажирам оказывалась через особо назначенных кондукторов-фельдшеров, включенных в состав кондукторских бригад.

В марте 1886 г. на 1 съезде врачей и представителей казенных железных дорог был рассмотрен проект общего положения.

Первое упоминание о железнодорожной больнице на стации Минск относиться к 1889 г. Она создана обществом Московско-Брестской железной дороги, содержалась на его средства, предназначалась для медицинского обслуживания своих работников и располагалась в здании технического

Репозиторий ГрГМУ

железнодорожного училища. При развитии станции Минск в 1908 г. был построен больничный городок из нескольких одноэтажных и двухэтажных зданий. В 1914 г. завершено строительство железнодорожной больницы. Но в связи с первой мировой войной здание было отдано под военный госпиталь для раненных солдат. Открытие железнодорожной больницы, в состав которой входило и поликлиническое отделение состоялось в 1922 г., ее мощность 52 койки.

В 1953 г. на базе Минской железнодорожной больницы организован методический, консультативный и лечебный центр для всей Белорусской железной дороги и дорожная больница на 250 коек. К 1967 г. больница была расширена до 275 коек, а в 1970 г. введена в строй новая больница. Коечная мощность ее составила 750 коек.

Амбулаторная помощь железнодорожникам и членам их семей оказывалась в поликлинике, размещавшейся в первом здании больницы на ст.Минск-Товарная. Поликлиника №2 была открыта на станции Минск-Пассажирский в путевом здании, в 1953 г. она заняла первый этаж жилого дома на улице Кирова. В 1957 году была открыта детская поликлиника.

10 января 1988 г. введена новая поликлиника на 840 посещений по улице Воронянского,50. Основное внимание при формировании структуры поликлиники уделяется первичной медицинской помощи. В основу положена работа двух терапевтических отделений. Их возглавляли опытные врачи-терапевты первой категории. В состав отделений вошли по три цеховых терапевтических участка и сеть территориальных. Помощь линейному населению была обеспечена разъездными фельдшерами.

Формируется единая система оказания помощи на базе женской консультации. Кабинеты приема оснащены новейшим диагностическим и лечебным оборудованием.

Значительное внимание уделяется восстановлению и укреплению здоровья железнодорожников. Основой для создания отделения медицинской реабилитации явились бывшие отделения лечебной физкультуры и физиотерапевтического лечения. В отделении оборудованы кабинеты электрофореза, светолечения, ультразвуковой и лазерной терапии, УВЧ, СВЧ, ингаляций, массажа, лечебной физкультуры.

На базе поликлиники размещается клинико-диагностическое консультативное отделение для оказания помощи и консультаций работникам железнодорожного транспорта. В состав консультативного отделения входили: гематолог, пульмонолог-аллерголог, нефролог, гастроэнтеролог, эндокринолог, невролог, психотерапевт, нарколог, инфекционист и дерматолог.

Организовывалась работа хирургической службы. Открыты и хорошо оснащены кабинеты приема у хирурга, онколога, травматолога, уролога, окулиста и отоларинголога.

В клинико-диагностической лаборатории, оснащенной новейшим оборудованием, проводится весь объем клинических, биохимических, бактериологических обследований. Создается лаборатория гормональных

Репозиторий ГрГМУ

исследований. Постоянно расширяется объем исследований, применяются программы для диагностики заболеваний щитовидной железы, различных форм диабета. Гормональная лаборатория оказывает значительную помощь в диагностике заболеваний почек, выявлении факторов риска в возникновении злокачественных заболеваний, перинатальной патологии.

Совершенствуются функциональные и инструментальные методы исследования. В кабинетах функциональной диагностики производятся ЭКГ, электроэнцефалография, велоэргомертия, эхокардиография.

В 1992 г. открыт кабинет эндоскопических исследований. В кабинете проводится гасторофиброскопия, ректороманоскопия.

Кабинет ультразвуковой диагностики стал базой подготовки врачей Белорусской железной дороги.

Создана единая система рентгенологической и флюорографической службы.

В 2009 г. открыто отделение компьютерной томографии.

С 2004 г. на дороге была начата работа по реорганизации здравоохранения в соответствии с приказом Начальника дороги №159Н.

Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 19 апреля 2007г. «О безвозмездной передаче имущественных комплексов», решения Минского городского исполнительного комитета от 24.05.2007 г. №1165 «О приеме в коммунальную собственность г.Минска имущественного комплекса», с 29.06.2007 г ЛПУ «Дорожная больница на станции Минск БЖД» передана в коммунальную собственность г.Минска и переименована в УЗ «11-я городская клиническая больница», а поликлинику в ГУЗ «Центральная поликлиника БЖД».

Реорганизация железнодорожной медицины продолжалась. В соответствии с распоряжением Президента Республики Беларусь от 01.11.2011 г. №279 «О безвозмездной передаче предприятий как имущественных комплексов Государственное учреждение здравоохранения «Центральная поликлиника Белорусской железной дороги» передана 05.12.2011 г. из республиканской собственности в собственность административно-территориальных единиц г. Минска. Согласно решения Минского городского комитета от 17.02.2012г.№515 «О переименовании государственного учреждения здравоохранения» и приказа комитета по здравоохранению от 24.02.2012 г. №110 «О переименовании учреждения ГУЗ «Центральная поликлиника Белорусской железной дороги» переименовано в учреждение здравоохранения «38-я городская поликлиника».

В настоящее время на базе учреждение здравоохранения «38-я городская поликлиника» продолжается наблюдение тружеников магистрали, которые непосредственно связаны с перевозочным процессом. В поликлинике для наблюдения трудоспособныхжелезнодорожников в отдельную структуру выделено отделение безопасности движения, продолжает работу врачебно- экспертная комиссия, где определяется профпригодность работающих. Кроме того, в структуру поликлиники входит организованный 01.11.12г. Республиканский центр медицинского

Репозиторий ГрГМУ

обеспечения безопасности движения и эксплуатации железнодорожного транспорта общего пользования. В функции данного центра входит: организационно-методическое руководство по вопросам медицинского обеспечения безопасности движения, проведение медицинского освидетельствования граждан в случаях обжалования решения ВЭК и в сложных экспертных случаях.

Таким образом, почти целое столетие охраняли здоровье железнодорожников медицинские работники Белорусской магистрали. За этот период десятки тысяч людей возвращены в строй.

Выводы:

1. История развития железнодорожной медицины г. Минска показывает ее гуманитарную сущность при обеспечении безопасности движения и эксплуатации широко распространенного вида транспорта.

2. В центре медицинского обслуживания населения находятся медицинские работники, благодаря каждодневному труду которых возможны достижения, направленные на обеспечение своевременной квалифицированной профилактики и эффективного лечения заболеваний.

3. Дальнейшей прогресс медицинского обслуживания железнодорожников возможен на основе организованного совершенствования как системы здравоохранения, так и всех ее структурных подразделений.

ЗДОРОВОЕ СТАРЕНИЕ – ЗАЛОГ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

С. Ф. Михалюк, Р. А. Михалюк

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В Республике Беларусь, как и во всем мире, наблюдается процесс постарения населения. В настоящее время в нашей стране проживает около 2 млн. человек в возрасте старше 60 лет. Среди них отмечается значительное увеличение численности лиц старческого возраста – сегодня каждый четвертый пожилой в нашей стране уже перешагнул 75- летний рубеж. Старение, к сожалению, сопровождается негативными изменениями в состоянии здоровья, снижающими двигательную активность и способность к самообслуживанию. Кроме того, увеличивается количество одиноких пожилых людей, а также больных, страдающих хроническими заболеваниями.

Все эти негативные процессы требуют принятия масштабных комплексных мер административного, юридического, социального, экономического, медицинского и культурного характера.

Одной из важнейших задач при этом является обеспечение здорового старения, под которым понимается естественный процесс, сопровождающийся постепенным угасанием функций человеческого

Репозиторий ГрГМУ

организма, а также изменениями духовного, психологического и социального характера. Старение является процессом, происходящим в течение всей жизни человека, однако особое значение эта проблема приобретает в пожилом возрасте, когда человек становится наиболее уязвимым в экономическом, социальном и психологическом отношении, а также существенно ослабевают внутренние и внешние механизмы защиты от воздействия различных факторов риска, число которых в настоящее время резко возросло.

Подготовка всего населения к более поздним этапам жизни должна быть неотъемлемой частью социальной политики и строиться с учетом физиологических, психологических, духовных, культурных, экономических, медицинских и других факторов.

Одним из основных факторов риска, оказывающих крайне негативное воздействие на естественный процесс старения, является снижение качества жизни. Качество жизни представляет собой важный комплексный показатель, имеющий такие составляющие, как физическое, психическое, духовное здоровье, удовлетворенность условиями жизни, медико-социальное обеспечение.

Физическое здоровье, как важнейшее составляющее качества жизни – показатель, который самым непосредственным образом связан с реализацией права на жизнь и охрану здоровья. Он оценивается по показателям заболеваемости, инвалидности, продолжительности жизни, смертности.

За последние годы отмечается общее ухудшение показателей физического здоровья пожилых. Это проявляется в увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности. Тревогу вызывает и состояние психического здоровья лиц пожилого возраста.

К числу важных показателей качества жизни пожилых, также определяющих состояние их здоровья, относится удовлетворенность условиями жизни. Социологические опросы свидетельствуют о том, что представители старшего поколения часто не удовлетворены как индивидуальными (материальный достаток, жилище, питание, работа), так и социальными условиями их жизни (образование, охрана здоровья, культура, правопорядок и пр.)

Забота о здоровье лиц пожилого возраста не должна быть сосредоточена только на заболеваниях. Она предполагает обеспечение их общего благополучия, которое строится на взаимосвязи физических, психических, духовных, социальных, экономических и экологических факторов. Вместе с тем усилия в области здравоохранения и, прежде всего первичной медико-санитарной помощи, следует сосредоточить на мерах, реализация которых позволила бы пожилым как можно дольше сохранять способность к самообслуживанию и вести активную интегрированную в общество жизнь.

Обеспечение здорового, естественного старения должно строиться на оказании доступной и качественной медицинской помощи, учитывающей

Репозиторий ГрГМУ

особенности состояния здоровья пожилых и специфический характер их заболеваемости.

С целью предотвращения заболеваемости и инвалидности в преклонном возрасте требуется проведение на постоянной основе в режиме непрерывного медицинского сопровождения профилактических мер, направленных на раннюю диагностику и своевременное лечение в случае обнаружения или обострения заболевания.

Особенности заболеваемости у лиц старшего возраста определяют специфику оказания им медицинской помощи. В силу полиморбидности у пожилых нередко отмечается высокая частота осложнений, вызванных множественной патологией и лечением (у 50% женщин и 60% мужчин в возрасте 60-70 лет), а также затяжной период выздоровления. Это диктует необходимость в проведении обязательной реабилитации, которая может быть организована в рамках реабилитационных геронтологических центров либо отделений, действующих в режиме стационара или дневного стационара.

Постарение населения является важным фактором объема потребления медицинской помощи, поскольку на долю лиц пожилого возраста приходится в 3,5 раза больше посещений амбулаторно-поликлинических учреждений и случаев госпитализации. Все это приводит к значительному нарастанию социально-экономических и медицинских проблем, решать которые необходимо путем создания условий для полноценного функционирования геронтологической службы.

Таким образом, обеспечение здорового старения является важным условием поддержания демографической, экономической, социальной и духовной безопасности страны, позволяющим сохранить государственную и общественную стабильность. Усилия в области здравоохранения и, прежде всего, первичной медико-санитарной помощи следует сосредоточить на мерах, реализация которых позволила бы пожилым как можно дольше сохранять способность к самообслуживанию и вести активную интегрированную в общество жизнь. А формирование в общественном сознании чувства уважения к пожилым людям служит значительным фактором укрепления солидарности поколений и повышения благосостояния общества.

Репозиторий ГрГМУ

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ РЕЕСТРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Э. И. Мищук[1], Н. В. Езепчук[2]

Управление здравоохранения Брестского облисполкома[1]

УЗ «Брестский областной родильный дом»[2]

Состояние здоровья матери и ребенка является индикатором состояния и благополучия общества в целом. В Республике Беларусь законодательно закреплены механизмы координации межотраслевого взаимодействия, которое стало основополагающим в решении медицинских и социальных проблем по охране материнства и детства. При этом состояние здоровья будущих матерей ухудшается. Осуществляемые меры по охране здоровья матерей необходимо постоянно совершенствовать, в дальнейшем развивать эффективные технологии управления в сфере охраны материнства и детства.

Особенности реализации, совершенствования и разработки новых технологий в сфере охраны материнства и детства представляет актуальность данного исследования, прежде всего в части разработки подходов к подготовке к беременности.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных индивидуальных карт беременных и родильниц, истории родов 194женщин, включенных в реестр беременных с экстрагенитальной патологией по Брестской области в 2015 году. В контрольную группу были включены данные 50 историй родов женщин, без «тяжелой» экстрагенитальной патологии, не состоящих в базе данных реестра, отобранных методом случайной выборки.

Проведён сравнительный анализ полученных данных между основной группой женщин, включенных в реестр, и контрольной группой женщин без «тяжелой» экстрагенитальной патологии, а также среднестатистическими показателями по родовспоможению. Оценено качество проведения диспансеризации беременных женщин включенных в реестр с экстрагенитальной патологией, определены основные подходы по ведению беременных с экстрагенитальной патологией.

По данным статистической отчётности за 2015г. (ф. 1- помощь беременным) в Брестской области частота встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных составляет 85,9% (у 16554 женщин из 19273 взятых на «Д» -учёт по беременности). Экстрагенитальная патология занимает ведущее место, в 2015г. сохраняется тенденция к росту на 3,8% (абс. 2015г.- 16554; абс. 2014г 15926). В целом на 1 женщину, наблюдавшихся на диспансерном учёте по беременности, приходится 2 заболевания. При этом в 2015г. беременность осложнилась в 61,1% случаев, а по причине экстрагенитальной патологии в 79,4 % случаев (абс. - из 18964 беременных). В структуре заболеваний предшествующие или возникшие во время

Репозиторий ГрГМУ

беременности основную долю составили инфекции мочевыводящих путей – 44,8%.Огромную долю составляют анемии и угрозы прерывания – 32,9% и 27,6% соответственно.

Учитывая рост экстрагенитальной патологии у беременных, внедрена автоматическая система оперативного контроля для передачи и предоставления информации в управление здравоохранения и оргметодкабинет УЗ «Брестский областной родильный дом» о беременных пациентках с «тяжелой» экстрагенитальной и акушерской патологией, которые должны быть родоразрешены на втором-четвёртом технологических уровнях.

В период проведения исследования в реестре состояло 338 пациенток. Это пациентки с врожденными пороками сердца и сердечно-сосудистой патологией - 27%, заболеваниями мочевыводящих путей - 11%, заболеваниями щитовидной железы, первичным и вторичным гипотиреозом - 10%, сахарным диабетом - 5%, нарушениями ритма - 10%, психо-неврологическими заболеваниями - 13% и другие нарушения - 24%.

По результатам анализа индивидуальных карт беременных и родильниц, историй родов женщин, включенных в реестр установлено, что преобладали заболевания сердечно-сосудистой системыу 38,1% (абс.-74) беременных женщин, из них врожденные и приобретенные пороки сердца встречались у 20,1% (абс.-39); артериальная гипертензия у 9,8% (абс.-19); нарушение ритма и проводимости у 4,1% (абс.-8); другая сосудистая патология у 4,1% (абс.-8). На втором месте у беременных основной группы встречалась патология щитовидной железы у 10,8% (абс.-21), из них с онкопатологией щитовидной железы у 6 женщин, послеоперационным гипотиреозом у 10 женщин.На третьем месте встречалисьзаболевание почек у 10,3 % беременных женщин основной группы, из них врожденные аномалии мочевой системы у 3,6 %(абс.-7), хронический гломерулонефрит у 2,5%(абс.-5), хронический пиелонефрит у 2,1%(абс.-4); мочекаменная болезнь у 2,1 % (абс.-4).На четвертом месте – заболевания ЦНС выявленные у 9,8% (абс.-19) женщин, из них эпилепсией страдали 5,2%(абс.-10) женщин.На пятом месте - заболевания крови, которые встречались у 7,2%(абс.-14) женщин.На шестом месте – онкологические заболевания у 5,2% (абс.-10) беременных;На седьмом месте – заболевания легких у 2,5% (абс.-5), из них бронхиальная астма у 1% (абс.-2) женщин.На восьмом месте – сахарный диабет –4,6%(абс.-9), микроаденома гипофиза у 1%(абс.-2) беременных.Заболевания опорно-двигательного аппарата отмечено у 2,5%(абс.-5) беременных, а системные заболевания, такие как хроническая ревматическая болезнь сердца у 2,1%(абс.-4).

Также у беременныхвстречались фибромиома матки (абс.-2), антифосфолипидный синдром (абс.-4), фенилкетонурия (абс.-1), сифилис (абс.-1), ВИЧ(абс.-1), психические расстройства (абс.-1) и цирроз печени 1случаю.

Прегравидарная подготовка (ПГП)группы женщин реестра экстрагенитальной патологии была выполнена в 76,4%, включённых в

Репозиторий ГрГМУ

основную группу. При этом принимали фолиевую кислоту до беременности и первые 12 недель беременности – 142 (73,2%) женщин из 194, не принимали 52 (26,8%)женщин.У 138 (71,1%) из 194 основной группы женщин на протяжении беременности мазок на флору был без изменений, у 56 (28,9%) женщин выявлялась патология.У 163 (84%) женщин, обследованных на инфекции передающиеся половым путём (ИППП), результаты были отрицательными, у 5 (2,6%) женщин обнаружены хламидии, у 17(8,8%) уреаплазмы, 9 (4,6%) женщин отказались от обследования.

В контрольной группе из 50 женщин у 17 (34%) имелись изменения в мазке на флору и чувствительность на протяжении беременности, у 33 (66%) беременных женщин анализы были в норме. При обследовании на ИППП результаты были отрицательными у 46 беременных женщин (92%), хламидии и уреаплазмы были обнаружены по 2 (4%) случая соответственно.

При оценке эффективности ПГП анализировалось ведение беременности специалистами по профилю экстрагенитальной патологии.Беременные женщины, включенные в реестр по экстрагенитальной патологии в 100% (194) состояли на диспансерном учете по беременности, наблюдались узкими специалистами. В контрольной группе также из 50 женщин на диспансерном учете по беременности находились все 100%. Постановка на учет женщин в контрольной группе (n- 50) была произведена до 12 недель в 97,9% случаев.Следует отметить, что прегравидарная подготовка отличается в зависимости от региона. Так охват женщин прегравидарной подготовкой основной группы составил 90,2%. в Кобринском, 84,9%в Барановичском,68, 7 % в Пинском регионах, 59,3% в г. Бресте.

Все женщины с экстрагенитальной патологией госпитализировались не менее 4-х раз:первая госпитализация – в профильный стационар по основному заболеванию до 12 недель для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности; вторая госпитализация - в профильный стационар до 22 недель для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности; третья госпитализация - в профильный стационар по экстрагенитальной патологии для коррекции патологических изменений и лечения в сроки 28-32 недели; четвертая госпитализация - в 38-39 недель в акушерский стационар для решения вопроса о тактике родоразрешения и для подготовки к родам, женщины с сахарным диабетом госпитализировались в 36 недель беременности.

На втором уровне родоразрешались женщины преимущественно со следующими случаями экстрагенитальной патологии: МАРС: ПМК 1 ст. с МКР 1 ст., Н1; микрокисты щитовидной железы; послеоперационный гипотиреоз; симптоматическая эпилепсия; гестационный сахарный диабет.На третьем уровне родоразрешение проведено женщинам с фибромиомой матки; аутоиммунным тиреоидитом; пароксизмальной неустойчивой АВ-блокадой 1 степени; ПМК 1 ст. с МКР 1-2 ст., пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией;синусовой тахикардией, выявленной во время беременности;ВПС: вторичным дефектом МПП; МАРС: аневризмой МПП.

Репозиторий ГрГМУ

Дополнительными хордами в полости левого желудочка. Удлиненным евстахиевым клапаном, наджелудочковой экстросистолией Н 0.

В РНПЦ «Мать и дитя» родазрешались женщины со следующей экстрагенитальной патологией: ВПС: открытое овальное окно, бронхоэктатическая болезнь, симптоматиеская эпилепсия; ВПС: вторичный ДМПП со сбросом крови слева на право Н1; ВПР мочеполовой системы, хронический пиелонефрит, левосторонний гидронефроз, состояние после пластики ЛМС, двухсторонняя пиелоэктазия; ДЦП, легкая умственная отсталость вследствие поражения ЦНС; наследственная тромбофилия, мутация генов F 13A1, PAI-1, eNOS, MTHFR.

При оценке уровня родоразрешения и показаний, определённых приказом МЗ РБ от 23.01.2010 г. № 52 «Об утверждении положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь» и приказом управления здравоохранения от 25.03.2010 г. № 22 «Об утверждении положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Брестской области» отмечается их выполнение в 93% случаев в основной группе, причиной не выполнения регламентирующих документов явились родоразрешените женщин с ЭГП на других уровнях, при этом нарушений действующих протоколов стандартов не выявлено.

Таким образом, женщинамс «тяжёлой» ЭГП, включённых в основную группу, медицинская помощь, в том числе по родовспоможению, в 73,1%оказана на третьем и четвертом уровне перинатальной помощи, случаи перинатальных и материнских потерь как в основной, так и контрольной группе отсутствовали.

Выводы:

1.Ведение и родоразрешение женщин с экстрагенитальной патологией требует индивидуального подхода. Исходы беременности в основной группе свидетельствуют об эффективной технологии ведения реестра беременных с экстрагенитальной патологии, в 73,1% использован весь арсенал имеющихся ресурсов на третьем и четвертом уровнях.

2. Объёмы помощи женщинам, входящих в реестр беременных с экстрагенитальной патологией, которым проведено родоразрешениена третьем и четвертом уровнях,свидетельствуют об обеспечении таким женщинамэффективного контроля со стороны системы здравоохранения.

3. Охват диспансеризацией беременных женщин, включенных в реестр экстрагенитальной патологии является полным.

4. беременные женщины, входящие в реестр экстрагенитальной патологии входили в группу риска по перинатальной смертности, однако случаев перинатальной смертности в основной группе не было, что свидетельствует об эффективной технологии ведения реестра, обеспечивающий в итоге должный уровень контроля за состоянием здоровья таких женщин.

Репозиторий ГрГМУ

5. Ведение реестра в группе беременных женщин с экстрагенитальной патологией, является технологией, позволяющей адекватно реагировать на рост её заболеваемости.

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ СТРАТЕГИИ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ АБОРТОВ В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

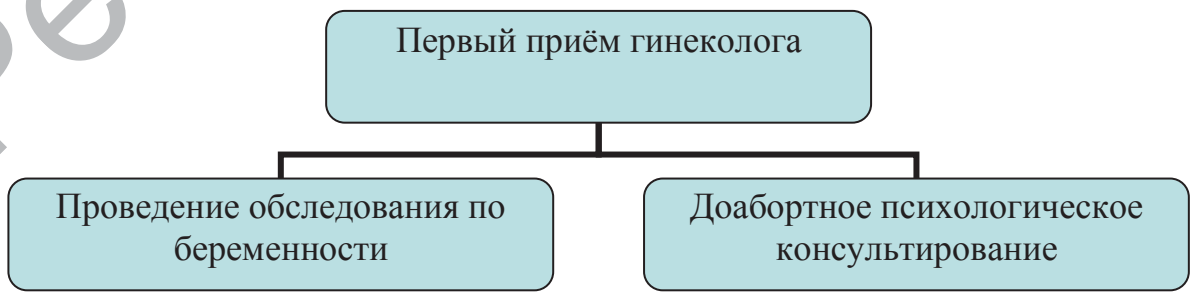
Э. И. Мищук

Управление здравоохранения Брестского облисполкома

В соответствии со статьей 27 «Искусственное прерывание беременности» Закона Республики Беларусь от 16.06.2014г. №164-З «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» и с учетом принципов организации помощи по предотвращению абортов в Брестской области утверждён приказ управления здравоохранения Брестского облисполкома 01.06.2015г. № 25 «О предабортном консультировании».

Утверждены уровни оказания предабортного психологического консультирования; порядок проведения предабортного консультирования, направление-поручение на предабортное психологическое консультирование.

Первый этап предабортного консультирования начинается с момента сообщения пациенткой намерения сделать аборт врачу акушеру-гинекологу и (или) акушерке. Организуется предабортное консультирование на первом уровне, которое включает направление на обследование по беременности рациональную психотерапию, направленную на сохранение беременности, выдачу направления к психологу для предабортного психологического консультирования в случае сохранения у пациентки намерения прервать беременность, запись в медицинской документации о проведённом предабортном консультировании.

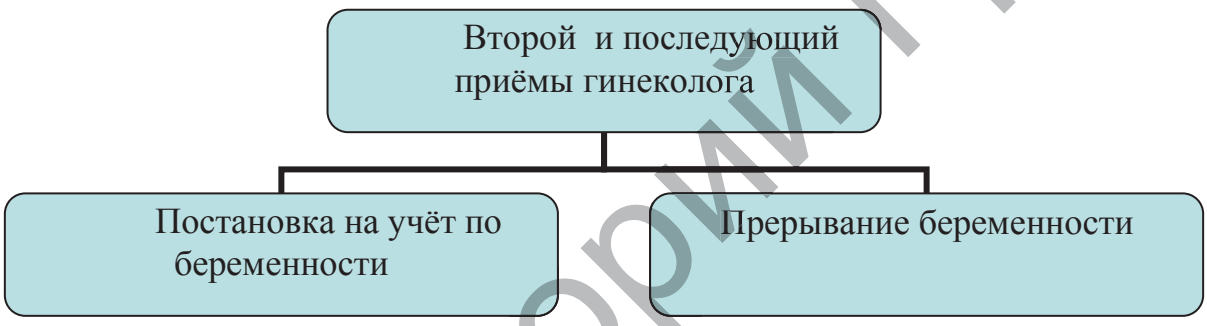


Репозиторий БГМУ

Второй этап - это проведение предабортного психологического консультирования психологом и (или) психотерапевтом в соответствии уровнями оказания предабортного психологического консультирования в Брестской области.

На втором этапе выявляются истинные мотивы прерывания беременности; фиксирование пациентки на позитивных моментах сохранения беременности и рождения ребёнка; отметку о результатах психологического предабортного консультирования в отрывном талоне направления-поручения на предабортное психологическое консультирование; информирование пациентки о возможности получения психологической помощи при необходимости, в том числе и в виде семейного консультирования, включая межрайонный и областной уровни. При наличии показаний и (или) отсутствии на районном (городском) уровнях специалиста психиатрической службы, пациентка направляется на межрайонный или областной уровни консультирования.

Третий этап - проведение предабортного консультирования при повторном визите к акушеру-гинекологу за направлением на аборт.



Проводится информирование пациентки акушером-гинекологом о возможных осложнениях (ранних и поздних) аборта и последствия для организма женщины; направление пациентки на психологическое предабортное консультирование на областной уровень в случаях сомнений в правильности сделанного выбора; отметку в медицинской документации о проведённом предабортном консультировании.

Четвертый этап предабортного консультирования проводится акушером-гинекологом и реаниматологом перед абортом и осуществляется информирование пациентки о медицинских осложнениях (ранних и поздних) аборта, возможных осложнениях при проведении анестезии; отметку в медицинской документации о проведённом предабортном консультировании.

В случаях отказа женщины от аборта - на 1-4 этапах рекомендуется стать на диспансерный учёт по беременности.

Пятый этап предабортного консультирования включает консультирование пациентки после проведенного аборта, в результате которого проводится информирование о современных подходах к планированию беременности, в том числе по вопросу эффективных методов контрацепции; рекомендацию посещения психолога с целью проведения психологической реабилитации после аборта.

Репозиторий ГрГМУ

В результате реализации стратегии предабортного консультирования областной показатель абортов в Брестской области за 2015г. на 100 родов составил – 16,6, что на 15% ниже, чем за аналогичный период 2014г. – 19,5. По данным женских консультаций во втором полугодии из 631 женщин, которым проведено предабортное консультирование- 109 (17,3%) отказались от прерывания беременности, из них 68 после проведенного предабортного психологического консультирования, эффективность которого составила 10,8%. При этом в 2015 году не учитывались центры не государственной формы собственности, принято решение в 2016г. учитывать их для оценки проведения работы по сохранению беременности.

Всего по Брестской области в первом квартале 2016г. обратилось 640 женщин на аборт, в соответствии с приказом управления здравоохранения всем женщинам выдаётся направление на предабортное психологическое консультирование. Из 640 направленных 600 прошли предабортное психологическое консультирование, в целом охват составил 93,8%. С учетом проведения 1-2-3-4 этапа предабортного консультирования 48 женщин приняли решения в пользу сохранения беременности, взяты под диспансерное наблюдение по беременности. В целом эффективность разработанной технологии предабортного консультирования за 1 квартал 2016г. составила 8%.

Таким образом, в 2015г. в Брестской области принята стратегия предабортного консультирования в Брестской области, которая в целом с момента её принятия дополнительно обеспечила сохранение 157 беременностей и сохранение положительной динамики рождаемости с 13,4 в 2014г. до 13,5 в 2015г.

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И. Н. Мороз[1], В. Ч. Можейко[2]

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

[2]УЗ «Островецкая Центральная районная больница»

Введение. Телемедицина – одно из основных направлений развития здравоохранения, сформировавшееся на стыке информационных технологий и медицины. В последнее время это направление принято называть термином «Телемедицинские технологии». Телемедицинские технологии – это не просто «новая перспективная технология», а уже неотъемлемая часть современного здравоохранения, способствующая оперативному решению вопросов медицинского обслуживания населения и управления здравоохранением, приносящая положительный клинический, экономический, моральный и организационный эффект [1-5].

Репозиторий ГрГМУ

Термин «телемедицина», введенный R.Mark в 1974 году (по некоторым данным -К.Т.Бердом – в 1972 году), объединяет множество телекоммуникационных и информационных методов, применяемых в здравоохранении, а также их разнообразные клинические приложения [2, 5]. Определение слова «Телемедицина» имеет разные значения, отличающиеся, как по степени проработанности, так и по функциональному смыслу. Такое разнообразие связано, прежде всего, с широким спектром направлений телемедицины, используемых на практике, таких, как телемедицинские консультации, теленаблюдение за пациентами, домашняя телемедицина, телемедицина чрезвычайных ситуаций и катастроф, телеобучение, телехирургия, дистанционное обследование и т.д. [1-5].

Системы eHealth открывают новые перспективы взаимодействия между врачами и пациентами по управлению состоянием их здоровья и контролю за качеством предоставляемых им медицинских услуг при оказании первичной медицинской помощи. Сегодня в мире успешно работают около 200 телемедицинских проектов, ориентированных на оказание дистанционной помощи пациентам в отдаленных регионах с неразвитой инфраструктурой или с низким уровнем медицинского обслуживания. Мировыми лидерами в оказании телеконсультаций являются клиники США. В Европе наибольший опыт у специалистов Норвегии, Великобритании и Греции. По разным оценкам, в год проводится от 60 до 100 тыс. телеконсультаций с использованием видеоконференцсвязи [1-5].

Одним из наиболее перспективных и массовых направлений электронной медицины является мобильная медицина (mHealth). Речь идет о решениях, при реализации которых используются мобильные устройства (телефоны, смартфоны, планшеты, гаджеты для фитнеса и поддержания здорового образа жизни), медицинские приборы, пригодные для амбулаторного использования и на дому (электрокардиографы, тонометры, глюкометры), и различные технологии беспроводной связи, позволяющие получить и дистанционно передать лечащим врачам различные показатели здоровья человека.

По данным исследования «Touching Lives Through Mobile Health» (2012), мировой рынок мобильной медицины достигнет к 2017 году оборота в 23 млрд. $ США, и самым крупным направлением рынка станет мониторинг состояния здоровья (65%) – 17 млрд. $ США [1, 2, 5].

В 2013 г. компания J’son & Partners представила результаты исследования «Рынок мобильной медицины в России и в мире: основные тенденции и прогнозы». В частности, в нем отмечено, что, по данным GSMA mHealth Tracker, наибольшая часть проектов mHealth в мире реализована в области систем здравоохранения (46%), на втором месте – сфера предупреждения заболеваний (27%), на третьем – мониторинг за состоянием здоровья (21%). На диагностику, оздоровление и лечение приходится 12,1 и 8%, соответственно [1, 2, 5].

Рост спроса на услуги телемедицины, в т.ч. мобильной медицины (mHealth) со стороны пациентов (то есть пользователей мобильных решений),

Репозиторий БГМУ

внедрение пациентоориентированных моделей в области оказания медицинских услуг, технологические инновации и легкий доступ к мобильным решениям обусловил необходимость проведения исследования, целью которого было изучение мнения населения об использовании телемедицнских технологий при оказании первичной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования использовались следующие методы: социологический (опрос), статистический. Было опрошено 400 человек, которым оказывалась медицинская помощь в организациях здравоохранения Островецкого района, в том числе 222 женщинам (55,5%) и 178 мужчинам (44,5%). Средний возраст респондентов составил 48,5 лет (95% ДИ47,3-49,7).

Среди респондентов удельный вес лиц в возрасте 18-39 лет составил 23,5% (94/400), в возрасте 40-59 лет – 54,0% (216/400), в возрасте 60 лет и старше – 22,5% (90/400). Статистически значимых различий возрастной структуры опрошенных в зависимости от пола не выявлено (Chi-square test: χ^2=0,8, p>0,05). Среди мужчин и женщин преобладали лица в возрасте 40-59 лет, удельный вес которых соответственно составил 51,7 и 55,9%. В исследовании приняли участие 86,5% сельских и 13,5% городских жителей.

Результаты исследования показали, что 99,2% респондентам оказание медицинской помощи в организациях здравоохранения Островецкого района осуществлялось с использованием телеконсультирования, в том числе 79,8% пациентам было проведена одна телеконсультация, 14,3% пациентам – 2 телеконсультации, 5,3% пациента- 3 и более телеконсультаций. Среднее количество телеконсультаций на 1 пациента составило 1,3.

Значительная часть (98,2%) респондентов считает, что телеконсультирование имело для них положительный результат, а для 1,8% респондентов не имело никакого значения. Положительным результатом телеконсультирования для 46% пациентов был то, что выбран план обследования, для 59,3% пациентов – поставлен диагноз, для 56,3% - определен план лечение или скорректировано лечение, 16,8% - рекомендована госпитализация. Необходимо отметить, что проведение телеконсультаций позволило избежать госпитализации 35,8% пациентам и поездки к специалисту центральной районной больницы или областной (республиканской) организации здравоохранения - 46,3% пациентам.

Важным аргументов использования телеконсультирования 92,8% пациентов считают экономию времени, 89,3% пациентов - снижение финансовых расходов на получение медицинской помощи.

Почти 83% респондентов удовлетворены медицинской помощью, которая была им оказана с использованием информационных технологий. Высокий уровень удовлетворенности респондентов медицинской помощью был в значительной мере обусловлен несомненными достоинствами телеконсультаций: экономией времени, экономией финансовых средств на приближение консультанта к пациенту, приближением специализированной медицинской помощи к пациенту, возможностью участия в консультации специалистов различного уровня.

Репозиторий ГрГМУ

Большинство участников исследования (93,3%) уверены, в том, что с внедрением телеконсультирования улучшится ситуация и повысится качество оказания медицинской помощи населению, 6,3% респондентов полагают, что не изменится, а 0,4% респондентов считают, что ситуация ухудшится.

Заключение. Внедрение телеконсультирования при организации первичной медицинской помощи позволит повысить доступность и качество медицинской помощи, особенно удаленных регионов с низкой обеспеченностью медицинскими кадрами, снизить расходы населения на получение медицинской помощи.

Литература:

1 Баранов, А.А., Телемедицина перспективы и трудности перед новым этапом развития / А.А. Баранов, Е.А. Вишнева, Л.С. Намазова-Баранова / Педиатрическая фармакология.- 2013. - Т.10 - № 3.-С.6-11.

2 Владзимирский, А.В. Телемедицина: монография/ А.В. Владзимирский А.В.. Донецк: Изд-во "Ноулидж" (донецкое отделение), 2011 - 436 с.

3 Конюхов, В.Н. Основы телемедицинских систем [Электронный ресурс] : электрон. учеб. пособие / В.Н. Конюхов; Минобрнауки России, Самар. гос. аэрокосм. ун-т им. С. П. Королева (нац. исслед. ун-т). Самара, 2012.

4 Лапицкий, В.А. Телемедицинские технологии: из будущего в настоящее / В.А. Лапицкий, С.П.Шацов, Н.Е.Буйвалова/ Вестник связи.- 2009.- № 5. – С.10-15.

5 Царегородцев, А.Л. Опыт создания телемедицинской сети в Ханты-Мансийском автономном округе / А.Л. Царегородцев, И.Н. Огородников, В.А.Дружинин / Укр.ж.телемед.мед.телемат.- 2013.- Т.11 - № 1.- С.187-193.

УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. В. Омельченко, М. А. Гончарь, Г. Р. Муратов, М. И. Стрелкова

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Формирование физически и психологически здоровой личности, способной эффективно адаптироваться к изменяющимся условиям жизни, имеет важное значение уже в детском возрасте. Немаловажная роль принадлежит самооценке, являющейся одним из важнейших показателей индивидуально-личностного развития человека [1].

Самооценка влияет на поведение, деятельность и развитие ребенка, его взаимоотношения с другими людьми, в определенной мере формирует регуляторные и защитные функции организма.

Значимость исследования особенностей развития личности и, в частности, самооценки данной категории детей, связано с тем, что в последнее время повсеместно отмечается рост детской заболеваемости и как следствие возникает проблема оценки развития соматически больных детей [2].

На сегодняшний день проблемы взаимосвязи психический и соматической организации, их влияние на течение соматической патологии у детей продолжает изучаться, поскольку болевые и диспептические синдромы

Репозиторий ГрГМУ

при хронической гастроэнтерологической патологии приводят к усугублению психического состояния ребенка и его личностных характеристик [3].

Цель: оценить показатели уровня психического напряжения у детей с хронической гастроэнтерологической патологией.

Материалы и методы: под наблюдением пребывало 66 детей в возрасте от 2 до 17 лет, девочек – 32 и мальчиков – 34, с хронической гастроэнтерологической патологией; средний возраст обследуемых составил 11,3±4,1 лет, преобладали дети пубертатного возраста (53,0%). Все обследуемые дети находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении многопрофильного стационара.

Нозологическая структура обследуемых детей: хронический гастрит – 52,4%, функциональные нарушения биллиарного тракта – 20,2%, панкреатопатии – 15,3%, язвенная болезнь –12,1%.

Оценка нервно-психического состояния детей проводилась методом тестирования при помощи анкеты «Beck Youth». При проведении анкетирования дети или их родители заполняли опросник, после чего проводился его анализ по специальным шкалам. Сумма баллов <55 свидетельствует о среднем уровне исследуемых показателей, 55-59 баллов – незначительное повышение исследуемых показателей, 60-69 баллов – умеренно повышенный уровень, показатель >70 свидетельствует о значительном повышении уровня исследуемых показателей.

Анкета «Beck Youth» позволяет оценить по специальным таблицам уровни гнева (BANI), депрессии (BDI), тревожности (BAI) и агрессивности поведения (BDBI) [4].

Уровень гнева (BANI) – переживаемое эмоциональное состояние, возникающее спонтанно или в ответ на поведение других людей, как защитная реакция от реального или воображаемого нарушения его психологических/физических границ.

Уровень депрессии (BDI) у детей чаще проявляется в виде тревоги, фобий, соматических жалоб и поведенческих нарушений, грусти, раздражительности. Отличительным признаком психотической депрессии у детей служат галлюцинации, бред чаще встречается у подростков. Эти симптомы, длительностью минимум 2 недели на протяжении большей части дня, приводят к страданию и социальной дезадаптации ребенка.

Уровень тревожности (BAI) – реакция на стрессоры, чаще всего социально-психологического плана, которая дает представление о подверженности личности воздействию тех или иных стрессоров по причине своих индивидуальных особенностей. Агрессивность поведения (BDBI) – это поведение людей, которое содержит угрозу и наносит физический или психологический ущерб. Агрессия может принимать разные формы и проявляться в виде настойчивости, напористости. Описана «злокачественная» агрессия, как скрытое намерение, направленное на оскорбление или как фантазия насилия и разрушения, для причинения вреда другому человеку, не желающему такого обращения. Ей сопутствуют эмоциональные состояния ненависти, злости, гнева, враждебности.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты:

При анкетировании детей с хронической гастроэнтерологической патологией средний *уровень гнева* отмечался у 60 (91%) детей, незначительно повышенный – 3 (4,5%) детей, умеренно повышенный – 2 (3%) детей, и значительно повышенный – 1 (1,5%) ребенок.

Среди обследуемых детей у большинства отмечался средний показатель *уровня депрессии* – 52 (78,9%), незначительное повышение – 9 (13,6%), умеренное повышение – 4 (6%), значительно повышен у одного ребенка (1,5%).

При оценивании *уровня тревожности* большинство обследуемых детей показало средний уровень – 49 (74,4%), незначительно повышенный – 5 (7,6%), умеренно повышенный – 12 (18%), значительного повышения уровня тревожности – не выявлено.

Значительно повышенный уровень *агрессивного поведения* отмечался у 3 (4,5%) детей, у основного количества пациентов – 53 (80%) был средний уровень агрессивного поведения, незначительное повышение – 9 (13,6%), умеренно повышен у одного ребенка (1,5%) (Таблица 1.).

Таблица 1. -Уровень психологического напряжения у детей с хронической гастроэнтерологической патологией

Группа	Уровень гнева	Уровень депрессии	Уровень тревожности	Агрессивность поведения
Среднее значение в популяции	46,22	47,53	48,61	50,85
Среднее значение у детей с хронической гастроэнтерологической патологией, n=66	42,06*	45,12	46,86	47,08*

Примечание:

* Значимость различий между группами, P<0,05.

Анкета «Beck Youth» позволяет оценить уровень психологического напряжения детей с хронической гастроэнтерологической патологией. Проведенное исследование выявило влияние обострения хронической гастроэнтерологической патологии на показатели психологического напряжения у обследуемых.

Выводы:

Определение уровня психологического напряжения детей с хронической гастроэнтерологической патологией дополняет понимание процессов происходящих в организме больного ребенка и обосновывает целесообразность профессиональной психологической помощи с целью улучшения качества жизни пациентов.

Перспективы дальнейшего исследования: считаем перспективным и целесообразным проведение дальнейшего исследования по уточнению нарушений психоэмоционального состояния у пациентов с хронической гастроэнтерологической патологией в различные периоды течения и при различной длительности заболевания.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:
1. Пипа, Л.В. Депресія й пов’язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Л.В.Пипа, С.В.Римша, Р.В.Свістільник, Ю.М.Лисиця// Здоровье ребенка – 2014. №6(57). С.92-99.
2. Нечитайло Ю.М. Методологічні основи оцінки якості життя, пов’язаної зі здоров’ям у дітей. //Международний журнал педиатрии, акушерства и гинекологии . – 2013. №3. С.5-9.
3. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (2012). URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide
4. http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000153/beck-youth-inventories-second-edition-byi-ii.html

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, УЧАЩИХСЯ Г. МИНСКА

Т. П. Павлович, И. Н. Гирко, А. Н. Черевко
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Качество жизни, связанное со здоровьем (далее – КЖ), признано одним из ключевых методов оценки состояния здоровья и благополучия детей. Актуальность проблемы оценки качества жизни в педиатрии не вызывает сомнений, поскольку здоровье ребенка относится к основополагающим факторам здоровья населения в общем и является надежным индикатором, реагирующим на процессы, происходящие в общественной, социально-экономической и политической жизни страны [1].

Цель работы – выявить особенности качества жизни, связанного со здоровьем, у детей (учащихся гимназии №19 г. Минска) в различных возрастных группах в зависимости от половой принадлежности и групп здоровья.

Материалы и методы. Исследование проводилось в январе 2015 года в гимназии №19 г. Минска. Была сформирована выборочная статистическая совокупность, состоящая из 409 учащихся. Наблюдение - выборочное, единовременное. Методы – социологический, статистический. Применен общий опросник – PedsQLтм4.0 (2001) [2,3], который состоит из 23 вопросов, объединенных в следующие шкалы:

- «физическое функционирование» (8 вопросов),
- «эмоциональное функционирование» (5 вопросов),
- «социальное функционирование» (5 вопросов),
- «ролевое функционирование – жизнь в школе» (5 вопросов).

Ответы оценивались по 100-бальной системе с последующим вычислением психо-социального компонента здоровья (ПСКЗ), физического компонента здоровья (ФКЗ) и общего уровня качества жизни (ОКЖ).

Обработка материала осуществлена с использованием программ MicrosoftExcell и Statistica10.0. Для анализа данных использовали метод оценки достоверности разности средних величинпо критерию Стьюдента. Статистически достоверными принимали уровени коэффициента при величине безошибочного прогноза более 95% ($p<0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и их обсуждение. Дети, согласно методике оценки КЖ, были разделены на 3 возрастные группы:

1. 5-7 лет – 54 человека (13,2%);
2. 8-12 лет – 123 человека (30,1%);
3. 13-18 лет – 232 человека (56,7%).

Средний возраст детей составил – 12,1±3,1 лет. Средний возраст начала посещения школы – 6,5±0,49 лет. Девочки составили 45,5%, мальчики – 54,5%.Удельный вес детей, имеющих первую группу здоровья, - 5,8%, вторую – 60,1%, третью – 34,1%.

Был проведен сравнительный анализ оценки КЖ детьми в различных возрастных группах (табл. 1).

Таблица 1 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в зависимости от возраста, M ± m

Группы показателей	Возрастные группы			Статистическая значимость различий
	1 (5-7 лет) n=54	2 (8-12 лет) n=123	3 (13-18лет) n=232	
Физическая активность	79,63 ± 1,88	87,60 ± 0,93	87,22 ± 0,72	$p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$
Эмоциональное состояние	60,56 ± 2,64	72,28 ± 1,46	73,06 ± 1,22	$p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$
Социальная деятельность	64,07 ± 3,11	82,97 ± 1,42	87,50 ± 0,95	$p_{1-2}<0,001$, $p_{2-3}<0,01$, $p_{1-3}<0,001$
Жизнь в школе	65,37 ± 2,37	77,76 ± 1,47	72,46 ± 0,98	$p_{1-2}<0,001$, $p_{2-3}<0,01$ $p_{1-3}<0,001$
ПСКЗ	63,33 ± 2,19	77,67 ± 1,22	77,67 ± 0,86	$p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$
ФКЗ	79,63 ± 1,88	87,60 ± 0,93	87,22 ± 0,72	$p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$
ОКЖ	67,27 ± 1,86	80,15 ± 1,06	80,06 ± 0,76	$p_{1-2}<0,001$, $p_{1-3}<0,001$

При сравнении оценки КЖ у детей в возрасте 5-7 и 8-12 лет было выявлено различие показателей по всем учитываемым факторам. Дети 8-12 лет выше оценивают КЖ как в физической, так и социально-эмоциональной сфере. ПСКЗ, ФКЗ и общий уровень КЖ ниже в младшей возрастной группе.

Дети 8-12 лет выше оценивают ролевое функционирование, чем подростки, но ниже социальную деятельность. Различий в физической активности и эмоциональном состоянии в данных возрастных группах не выявлено.

При сравнении оценки КЖ детей младшей возрастной группы (5-7 лет) и подростковой (13-18 лет) выявлены различия по всем группам показателей, причем подростки оценивают функционирование выше по всем учитываемым факторам.

Репозиторий ГрГМУ

В возрастной группе 5-7 лет девочки составили 59,3%, мальчики – 40,7%. Различий в оценке КЖ в зависимости от пола в данной возрастной группе не выявлено.

В группе 5-7 лет к I-ой группе здоровья относятся 14,8% респондентов, ко II-ой – 70,4%, к III-ей – 14,8%.

В данной возрастной группе различий в оценке КЖ у детей I-ой иII-ойгрупп здоровья не выявлены. Дети II-ойгруппы здоровья выше оценивают ролевое функционирование (жизнь в школе), чем их сверстники с III-ей группой здоровья ($p<0,05$): дети с III-ей группой здоровья чаще испытывают трудности с запоминанием информации ($p<0,05$) и чаще пропускают занятия из-за посещений врача ($p<0,05$).

У учащихся, имеющих I-ю и III-ю группы здоровья, наблюдается большее число различий: дети с I-ой группой выше оценивают КЖ в отношении жизни в школе ($p<0,001$), ПСКЗ ($p<0,05$) и общий уровень качества жизни ($p<0,05$).По отдельным критериям в социальном функционировании выявлена более высокая оценка детьми с I-ой группой здоровья отношений с другими детьми ($p<0,05$); дети с III-ей группой здоровья чаще пропускают школу в связи с посещением врача ($p<0,05$).

В возрастной группе 8-12 лет девочки составили 59,4%, мальчики – 40,6%. Отмечаются различия в оценке КЖ в зависимости от пола (табл. 2).

Таблица 2 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в возрастной группе 8-12 лет в зависимости от пола, M ± m

Группы показателей	Пол		Статистическая значимость различий
	Мальчики n=50	Девочки n=73	
Физическая активность	87,81 ± 1,35	87,46 ± 1,26	-
Эмоциональное состояние	68,30 ± 2,32	75,00 ± 1,83	$p<0,05$
Социальная деятельность	77,10 ± 2,62	86,99 ± 1,41	$p<0,001$
Жизнь в школе	73,30 ± 2,42	80,82 ± 1,77	$p<0,05$
ПСКЗ	72,90 ± 2,08	80,94 ± 1,35	$p<0,001$
ФКЗ	87,81 ± 1,35	87,46 ± 1,26	-
ОКЖ	76,63 ± 1,75	82,57 ± 1,25	$p<0,01$

Девочки выше, чем мальчики, оценивают КЖ в отношении эмоционального состояния, социальной деятельности, ролевого функционирования. Также у них выше ПСКЗ и общая оценки качества жизни.

Среди школьников 8-12 лет I-ю группу здоровья имеют 5,7% респондентов, II-ю – 67,5%, III-ю – 26,8%.

В данной возрастной группе различий в оценке КЖ, связанного со здоровьем, у детей, имеющих различные группы здоровья, не отмечается.

В возрасте 13-18 лет мальчики составили 51,3%, девочки – 48,7%. Отмечаются различия в оценке КЖ мальчиками и девочками (табл. 3).

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 3 – Оценка качества жизни детьми (в баллах) в возрастной группе 13-18 лет в зависимости от пола, M ± m

Группы показателей	Пол		Статистическая значимость различий
	Мальчики n=119	Девочки n=113	
Физическая активность	89,94 ± 0,89	84,35 ± 1,07	p<0,001
Эмоциональное состояние	77,10 ± 1,46	68,81 ± 1,90	p<0,001
Социальная деятельность	87,31 ± 1,35	87,70 ± 1,33	-
Жизнь в школе	71,39 ± 1,43	73,58 ± 1,32	-
ПСКЗ	78,60 ± 1,19	76,70 ± 1,23	-
ФКЗ	89,94 ± 0,89	84,35 ± 1,07	p<0,001
ОКЖ	81,44 ± 1,04	78,61 ± 1,09	-

Девочки старшего школьного возраста ниже оценивают физическую активность, эмоциональное состояние и ФКЗ.

В возрастной группе 13-18 лет к I-ой группе здоровья относятся 3,9% респондентов, ко II-ой группе – 53,9%, к III-ей группе – 42,2%.

В этом возрасте различия отмечаются только в оценке КЖ школьниками, относящимися ко II-ой и III-ей группам здоровья: дети с III-ейгруппой выше оценивают социальную деятельность, чем их сверстники со II-ойгруп пой (p<0,01).По остальным позициям во всех группах здоровья различий не отмечено.

Заключение.

1. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, различается в различных возрастных группах, с увеличением возраста оценка КЖ становится выше.

2. Отмечаются различия в оценке КЖ у девочек и мальчиков, более выражены они в возрастной группе 8-12 лет. В 8-12 лет девочки выше оценивают компоненты КЖ, а в группе 13-18 лет – выше оценка мальчиков.

3. Качество жизни, связанное со здоровьем, различается в зависимости от групп здоровья только в возрастной группе 5-7 лет.

Литература.

1. Баранов, А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии/ А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, И.В.Винярская// Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т.4. №2. – С. 7-12.

2. Fayers P.M., Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. -New York: Wiley, 2000.

3. Денисова, Р.В. Надежность, валидность и чувствительность русских версий опросников PedsQLGenericCoreScale и PedsQLRheumatologyModule/ Р.В.Денисова, Е.И.Алексеева, В.Ю.Альбицкий и др // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8. № 1. - С. 30-40.

Репозиторий ГрГМУ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ОТ ИСТОКОВ ДА НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ

Т. П. Павлович, Н. Н. Пилипцевич

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Вопросы профилактики заболеваний, организации охраны здоровья интересовали специалистов в области медицины еще со времен Гиппократа, отразившего в своих работах естественнонаучные представления древнегреческих врачей о неразрывном единстве человека и окружающей природы, о причинной связи болезней с условиями жизни и целительных силах природы [1]. Возникновения дисциплины, взявшей на себя ответственность в разработке методологии и оценки здоровья населения, организационных мероприятий в области оказания медицинской помощи населению связано с именем немецкого врача А. Гротьяна, издавшего журнал «Социальная гигиена» в 1903 году.

Становление организационной дисциплины, науки началось на территории нашего государства с организации в 1924 г. по распоряжению народного комиссариата просвещения БССР кафедры «Социальной гигиены» в составе медицинского факультета БГУ. Большой вклад в организацию учебного процесса внес д.м.н., профессор Ленинградского медицинского института З.Г. Френкель, прочитавший студентам первые лекции по предмету.В 1939 г. открыта кафедра социальной гигиены в Витебском государственном медицинском институте (Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет). В 1945 г. открыт курс организация здравоохранения и госсанинспекторов в институте усовершенствования врачей (ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»), с 1947 г. кафедра организации здравоохранения. В 1960 г. открыта кафедра истории и организации здравоохранения в Гродненском государственном медицинском институте (УО «Гродненский государственный медицинский университет»). Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения организована в 1993 г. в УО «Гомельский государственный медицинский университет».

На протяжении 113 лет дисциплина из предмета преподавания превратилась и в организационную науку и область деятельности. В зависимости от требований времени, медицины, науки изменялась структура и название дисциплины. Первая программа дисциплины «социальная гигиена» утвержденная в 1922 г. включала четыре раздела: метод социальной гигиены, проблемы коллективной жизни, социальная патология, организационные проблемы здравоохранения. В программе практически отсутствовали вопросы организации медицинской помощи населению.1–ое переименование осуществлено в 1941 г. - в организацию здравоохранения. В программе дисциплины преобладали проблемы практического здравоохранения. Программа дисциплины в послевоенные годы в определенной степени отличалась отпрограмм довоенного времени – уменьшился объем теории общественного здоровья (в частности, исключен

Репозиторий ГрГМУ

раздел социальной гигиены, питания), больше внимание уделено вопросам организации отдельных отраслей здравоохранения, изучению структуры и форм деятельности ЛПО, организации оздоровительных мероприятий, мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

2–ое переименование в 1966 г. приказом Министра здравоохранения СССР академика Б.В. Петровского дисциплины и кафедры организации здравоохранения переименованы в социальной гигиены и организации здравоохранения.3-е переименование произошло РФ в 1991г. в социальной медицины и организации здравоохранения. В РБ дисциплина не переименовывалась, но при кафедрах были организованы курсы экономики здравоохранения.Последнее (4-е) переименование осуществлено в Рб2001г. (В РФ в 2000г.), когда приказом Министерства здравоохранения №198 от 10.06.2001г. была проведена унификация названия научной дисциплины, области деятельности и названия кафедр - «социальная гигиена и организация здравоохранения» в «общественное здоровье и здравоохранение».

За 15 лет прошедших после последнего переименования произошли значимые изменения в преподавании студентам вопросов организационной науки. Во-первых, полностью изменена методика преподавания дисциплины. В основе лекционного материаланаходятся требования и рекомендации ВОЗ, на которые наслаиваются особенности законодательства РБ. Материал практических занятий полностью ориентирован на деятельность практического здравоохранения РБ. На 6 курсе у студентов при изучении дисциплины формируем комплексное представление о тех направлениях совершенствования деятельности отрасли, которые осуществляются в настоящее время в РБ с учетом существующего законодательства и проблем в здоровье населения и отрасли. Во-вторых, в перечень практических занятий за 15 лет включено более 8 новых тем. Например, «Основы экономического анализа» с акцентом на оценку эффективности медицинских технологий методами анализа минимизации затрат, анализ затраты-эффективность, «Управление качеством медицинской помощи», «Основные направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь» и т.д. При этом объем часов выделяемых на дисциплину остался неизменным.

Вместе с тем, существует ряд нерешенных проблем в преподавании дисциплины в настоящее время. Нет унификации в перечне преподаваемых дисциплин кафедрами медицинских вузов республики. Что, несомненно, препятствует использованиювсех возможностей для качественного преподавания общественного здоровья и здравоохранения. Например, в УО «БГМУ»кафедрав преподавании истории медицины делает акценты на историю становления и развития отрасли и отдельных служб здравоохранения; экономической теории – акценты на особенности экономических взаимоотношений системы с другими отраслями народного хозяйства; социологии здоровья – дисциплина компонента учреждения высшего образования, на которую при выборе ориентируются студенты – закладываются основы общественного здоровья населения, основы статистики - акценты на основы статистического анализа в медицине.

Репозиторий БГМУ

Дисциплина общественное здоровье и здравоохранение как дисциплина, которая обобщает знания студентов по всем направления деятельности будущего специалиста и изучает особенности здоровья населения, деятельности отрасли здравоохранения и принципы государственной политики в области охраны здоровья населения.

В учебных планах подготовки студентов в медицинских вузах через три года отсутствует государственный экзамен по дисциплине. При этом, около 30% аудиторных часов запланировано на 6 курс и как следствие - исключаются из системы оценки знаний студентов. Студенты, обучающиеся по специальности «медико-профилактическое дело» с 2016-2017 уч. г. будут изучать 2 дисциплины: «Организацию санитарно-эпидемиологической службы и статистику» и «Медицинскую статистику», положительным моментом является наличие комплексного государственного экзамена.

В медицинской науке в настоящее время все большее внимание уделяется грамотной методике проведения исследований, пересматриваются подходы к анализу полученных результатов. Часов, заложенных в преподавании аспирантам цикла «Основы медицинской статистики» (25 часов), в настоящее время уже недостаточно. Второй ступенью высшего образования в республике является магистратура. В планах подготовки магистрантов не предусмотрено изучение медицинской статистики.

Общественное здоровье и здравоохранение - одна из немногих дисциплин, которая напрямую ориентируется на состояние социально-экономического развития страны. Здравоохранение это сложная система, постоянно меняющаяся под влиянием политических, экономических, социальных особенностей государства. В след за происходящими изменениями в государстве и отрасли меняется и ориентация организационной медицинской науки.

На протяжении всей истории существования дисциплины общественное здоровье и здравоохранение кафедры тесно связаны с практическим здравоохранением. В связи с возрастанием роли здравоохранения в системе укрепления и охраны здоровья населения перед коллективами кафедр стоят актуальные задачи. Важнейшими из них являются разработка научных основ управления, проблем экономики, планирования и финансирования здравоохранения, изучение влияния образа жизни и факторов окружающей среды на здоровье населения, разработка научных основ профилактики, совершенствование форм и методов лечебно-профилактической помощи населению.

Литература

1. Сорокина, Т.С. История медицины. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ПАИМС, 2004. - 384 с.

Репозиторий ГрГМУ

ДИСЦИПЛИНА «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ» В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ

Т. П. Павлович, А. В. Сазановец, А. И. Посудневская
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Каждая эпоха развития человечества имеет свое лицо, отраженное в зеркале врачебного искусства. Сегодня история медицины воспринимается в системе историко-научного знания как дисциплина общенаучного и гуманитарного профиля, значение которой выходит далеко за пределы естественно-научных и социокультурных областей.

Цель: Выявить потребность изучения основ дисциплины «История медицины» в учреждениях среднего образования.

Задачи:

1. Обосновать потребность преподавания основ истории зарождения врачевания в учреждениях среднего образования.

2. Обосновать значимость изучения истории медицины в медицинских вузах.

Материал и методы. В ходе работы был использован метод социологического опроса, реализуемый путем анонимного анкетирования и опроса, которое проводилось среди студентов 1-6 курсов УО «Белорусского государственного медицинского университета» (УО «БГМУ»), а также учащихся средней школы № 13 города Жлобина, средней школы № 2 города Орши и средней школы № 70 города Минска. В опросе приняли участие 367 респондентов. Среди них было 78 юношей и 289 девушек. Анкета значимости дисциплины «История медицины» для профессиональной подготовки студентов УО «БГМУ» содержала 18 суждений, касающихся значимости учебной дисциплины для профессиональной подготовки будущего специалиста и развития профессиональной мотивации. Данные опроса введены в электронные таблицы и статистически обработаны. В анкетировании приняли участие 211 учащихся средних школ и 43 преподавателя средних школ. Данные опроса введены в электронные таблицы и статистически обработаны. Обработка проведена с использованием пакета программ Microsoft Office Excel 2015, Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Для оценки значимости дисциплины «История медицины» в профессиональной подготовке будущего специалиста была использована шкала № 1 специального опросника значимости дисциплины «История медицины» для профессиональной подготовки студентов Белорусского государственного университета. Результаты указали на высокую значимость дисциплины в развитии профессиональной подготовки будущего врача (рисунок 1). 75% студентов отметили необходимость изучения истории медицины для расширения кругозора в области медицины, понимание этапности в развитии медицинских технологий и подходов в организации медицинской помощи населению.

Репозиторий ГрГМУ

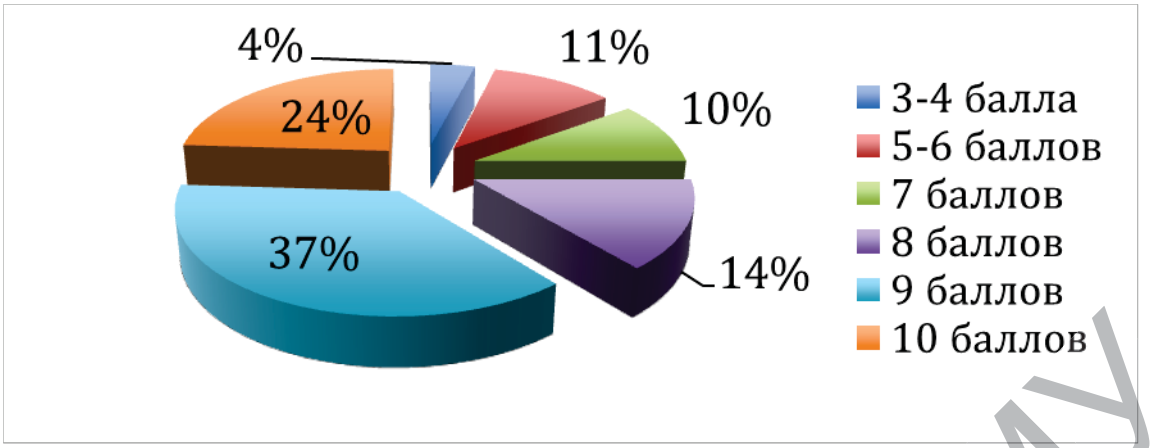


Рис. 1 - Оценка значимости дисциплины «История медицины» в профессиональной подготовке будущего врача

Шкала № 2 опросника определила значимость данной дисциплины для развития профессиональной мотивации в подготовке студентов УО «БГМУ». Результаты по данной шкале также показали высокие показатели значимости учебной дисциплины в развитии профессиональной мотивации будущего врача (рисунок 2). Студенты отметили повышение интереса к различным медицинским дисциплинам, возникновение чувства сопричастности к великому делу – спасению людей. Выделили один из основных моральных качеств врача – сопереживание.

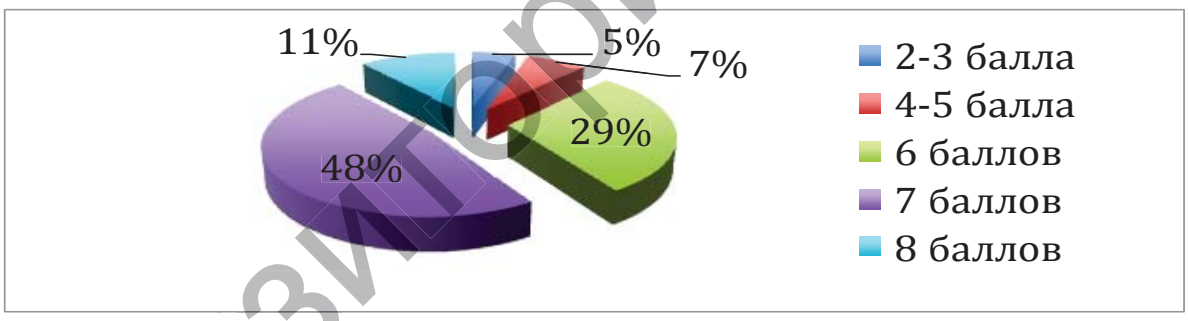


Рис. 2- Оценка значимости дисциплины «История медицины» в развитии профессиональной мотивации

Проверка надежности и согласованности опросника дала высокие результаты по двум шкалам опросника (таблица 1).

Таблица 1. Результаты проверки надежности и согласованности используемого опросника.

Шкала	Надежность и точность (по формуле Рюлона)	Надежность-согласованность	
		По формуле Спирмена-Брауна	По формуле Кронбаха
Значимость дисциплины для собственно профессиональной подготовки	0.89	0.92	0.90
Значимость дисциплины для развития профессиональной мотивации	0.85	0.86	0.85

Репозиторий БГМУ

Результаты анкетирования школьников показали, что большинство из них знают о дисциплине «История медицины», многие из опрошенных учащихся хотели бы изучать ее в школе с целью расширения знаний в области врачевания и оказания само- и взаимопомощи. Предпочтительным временем для изучения данной дисциплины школьники считают 10-11 класс.

В результате опроса преподавателей средних школ было выявлено, что 100% преподавателей знают о дисциплине «История медицины», 84% преподавателей считают, что имеет смысл начинать изучение основ истории медицины еще в средней школе. Внедрение данной дисциплины в систему среднего образования по мнению педагогов сделало бы выбор будущей профессии более осознанным, поспособствовало бы повышению медицинской активности среди подрастающего поколения, повысило интерес к медицине.

Выводы:

1. В результате исследования было установлено, что значимость дисциплины «История медицины» для собственно профессиональной подготовки несколько выше значимости дисциплины для профессиональной мотивации.

2. Полученныенеобходимо использовать в преподавании учебной дисциплины с целью повышения уровня профессиональной подготовки будущих специалистов.

3. Показана заинтересованность как школьников, так и преподавателей средней школы в изучении основ истории медицины.

4. Установлено, что предпочтительным будет являться изучение данной дисциплины в 10-11 классах, что может способствовать: расширению кругозора школьников; увеличению интереса к медицине; пониманию тонкостей врачебного дела; повышению медицинской активности; более осознанному выбору будущей профессии; повышению ее престижа среди населения.

Литература

1. История медицины в современном образовании / Марчукова С.М. // Историко-биологические исследования. – 2011. – No 1. – С. 76-89.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛЕЧЕННЫХ ВРНПЦ «КАРДИОЛОГИЯ»

Т.П. Павлович, А. П. Шкет, Р. В. Пересько, Е. А. Воропай
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
РНПЦ «Кардиология»

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжелым заболеванием, вызывающим инвалидизацию населения, сопровождающимся огромным количеством осложнений и часто смазанной клинической картиной. В течение последних десятилетий растет заболеваемость данной патологией, что вызывает необходимостьсвоевременной диагностики, поиска

Репозиторий ГрГМУ

новых подходов к лечению, а также преодоления проблемы антибиотикорезистентности.

Цель: Выявить особенности клинической картины инфекционного эндокардита пациентов, госпитализированных в РНПЦ «Кардиология».

Материал и методы. Исследованиеретроспективное. Проанализированы медицинские карты стационарныхпациентов - 70 человек (57 мужчин и 13 женщин) с ИЭ, находившихся на лечении в РНПЦ «Кардиология» с 2012 по 2015 годы. Группа формировалась методом случайного отбора. Средний возраст пациентов - 49,1±1,61 год. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ MicrosoftOfficeExcel 2015, Statistica 10.0. Данные представлены в виде Me (25%-75%). Значимость различийопределяли с критериями Манна-Уитни, Фишера, χ^2-Пирсона. Наличие связи между признакамиустанавливали на основании коэффициента корреляции Спирмена. Результаты принимали значимыми при величине безошибочного прогноза не менее 95,5% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение.

В процессе анализа группа пациентов стратифицирована на подгруппы по различным критериям. При поступлении в стационар не выявлено зависимости состоянияпациента от количества пораженных клапанов; наличия внутрисердечных абсцессов и вегетаций; величины регургитации на аортальном, митральноми трикуспидальном клапанах;ранее проведенного лечения по поводу ИЭ;клапанного порока сердца в анамнезе.

При выделении первичного и вторичного ИЭ выявлено, что длительность догоспитальногопериода при вторичном ИЭ меньше, что связано с тяжёлым состоянием пациентов, более выраженными жалобами и, следовательно, раним обращением в организации здравоохранения. При этом пациенты с вторичным ИЭ находились в стационаре дольше. Это обусловлено более сложным лечением, а также длительным периодом восстановления (таблица 1).

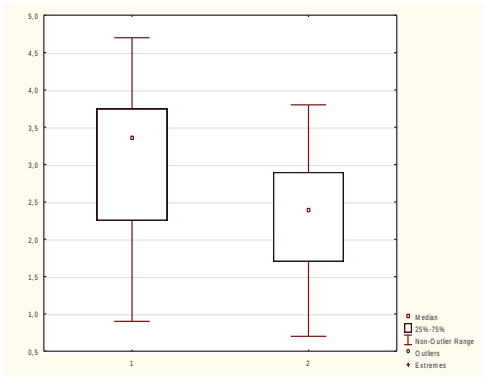
Таблица 1. Характеристика инфекционного эндокардита

Признак	Первичный ИЭ	Вторичный ИЭ
Возраст, лет, Me (25%-75%)	49,0 (39,0– 57,0)	51,5 (38,0 – 61,5)
Пол, абс. (%): М Ж	24 (80,0%) 6 (20,0%)	33 (82,5%) 7 (17,5%)
Период до госпитализации, месяцы, Me (25%-75%)	2,1 (2,0 – 4,1)	1,5 (1,0 – 3,1)
Количество дней в стационаре, Me (25%-75%)	19,5 (15,0 – 29,0)	25,0 (20,0 – 33,0)
Количество поражённых клапанов, абс. (%): 1 клапан 2 клапана 3 клапана	22 (73,3%) 6 (20,0%) 2 (6,7%)	32 (80%) 7 (17,5%) 1 (2,5%)
ХСН ФК, абс. (%): 2 класс 3 класс 4класс	14 (46,7%) 15 (50,0%) 1 (3,3%)	22 (55%) 17 (42,5%) 1 (2,5%)

Репозиторий ГрГМУ

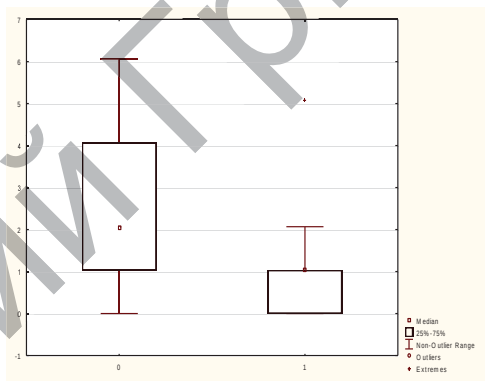
Признак	Первичный ИЭ	Вторичный ИЭ
ХСН стадия, абс. (%):1 стадия	3 (10,0%)	0 (0,0%)
2а стадия	19 (63,3%)	31 (77,5%)
2б стадия	7 (23,3%)	9 (22,5%)

На рисунке 1 представлен график размера площади эффективного отверстия аортального клапана до лечения. Площадь эффективного отверстия этого клапана выше в группе пациентов с первичным ИЭ- 3,35 (2,25-3,75), чем в группе с вторичным- 2,40(1,70-2,90)(U=299, p=0,004). Это связано с тем, что вторичный ИЭ развивается на пораженных клапанах, в большинстве случаев из-за хронической ревматической болезни сердца, что в свою очередь вызывает стеноз клапанов и приводит к уменьшению площади эффективного отверстия. Также малая площадь эффективного отверстия может быть вызвана наличием протеза клапана.



Первичный Вторичный

*Рисунок 1.*Размеры площади эффективного отверстия аортального клапана до лечения, кв.см.



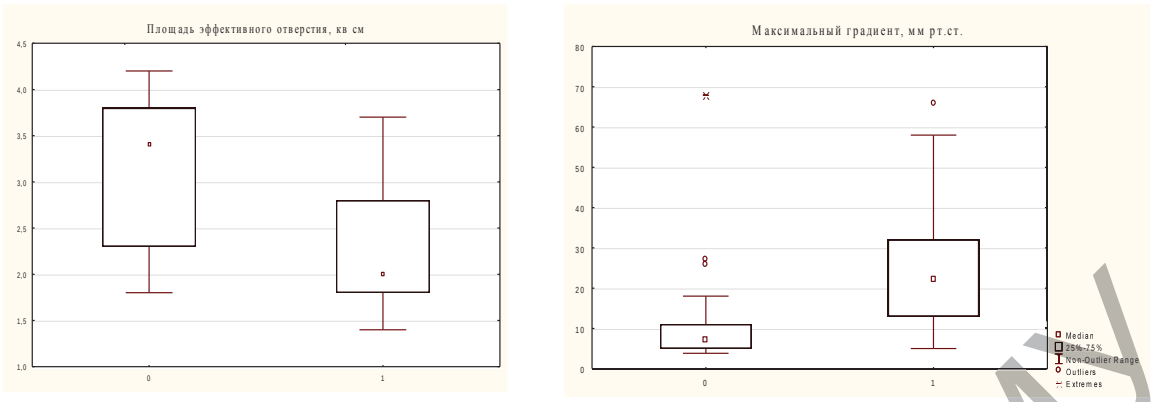
Протезирование отсутствовало Протезирование в анамнезе

*Рисунок 2.*Длительность периода до госпитализации, месяцы

Длительность периода до госпитализации меньше в группе пациентов с протезированными клапанами в анамнезе- 1,0 (0-1,0), чем в группе, где протезирование отсутствовало- 2,0 (1,0-4,0), (U=144,5, p=0,02). Т.к. имело место более тяжёлое состояние пациентов, более выражены жалобы и, как следствие, раннее обращение в организации здравоохранения (рисунок 2).

На рисунке 3 изображеныхарактеристики поражения аортального клапана, а именно значительное уменьшение площади эффективного отверстия - 2,0 (1,8 - 2,8), по сравнению с нативными клапанами - 3,4 (2,3 - 3,8), (U=99,5, p=0,001), вследствие развития стеноза АК. Также необходимо отметить увеличение максимального градиента на поражённых аортальных клапанах - 22,0 (13,0 – 32,0), по сравнению с неизменёнными клапанами - 7,0 (5,0 – 11,0), (U=153,5, p=0,001).

Репозиторий ГрГМУ



Нет поражения АК Поражение АК Нет поражения АК Поражение АК

Рисунок 3. Величины площади эффективного отверстия и максимального градиента на аортальном клапане до лечения

В процессе исследования обнаружена зависимость состояния пациентов при поступлении от наличия легочной гипертензии, функционального класса и стадии ХСН.

11% пациентов из имеющих легочную гипертензию находились в тяжёлом состоянии, 52% - в состоянии средней степени тяжести.Пациенты безлегочной гипертензии в тяжёлом состоянии вовсе не наблюдались, 40% из них находилисьв состоянии средней степени тяжести (χ^2=7,1, p=0,028).

При 3-ем ФК ХСН 6,0% пациентов находились в тяжёлом состоянии (аналогичная группа в ФК 2 – отсутствует), 67,0% - в состоянии средней степени тяжести. При 2-ом ФК ХСН в состоянии средней степени тяжести находились всего 29,0% пациентов (χ^2=36,8, p=0,001).

В стадии ХСН 2а 67,0% пациентов находились в удовлетворительном состоянии, 29,0% - в состоянии средней степени тяжести, 4,0% - в тяжёлом. В стадии 2б в удовлетворительном состоянии находились всего 13,0% пациентов, состоянии средней степени тяжести 81,0%, а в тяжёлом – 6,0% (χ^2=14,9, p=0,005).

При сравнении количественных показателей мы учитывали только сильные и средней силы статистически значимые корреляционные связи.

Выявлена прямая сильная статистически значимая корреляционная связь КДО с КСО и УО до лечения. При увеличении КДО происходит увеличение КСО и УО (таблицы 1).

Выявлена прямая сильная статистически значимая корреляционная связь КДО с КСО и УО после лечения, но при этом, имеется обратная средняя статистически значимая корреляционная связь между КДО и ФВ после лечения (таблица 3).

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 2. Значения коэффициента корреляции Спирмена при сравнении ЭХО-КГ показателей до лечения

Признак	КДО до лечения, мл	КСО до лечения, мл	УО до лечения, мл	ФВ до лечения, %
КДО до лечения, мл		-	-	-
КСО до лечения, мл	0,91, p<0,05		-	-
УО до лечения, мл	0,88, p<0,05	0,64, p<0,05		-
ФВ до лечения, %	-0,29, p>0,05	-0,61, p<0,05	0,12, p>0,05	

Таблица 3. Значения коэффициента корреляции Спирмена при сравнении ЭХО-КГ показателей после лечения

Признак	КДО после лечения, мл	КСО после лечения, мл	УО после лечения, мл	ФВ после лечения, %
КДО после лечения, мл		-	-	-
КСО после лечения, мл	0,93, p<0,05		-	-
УО после лечения, мл	0,82, p<0,05	0,59, p<0,05		-
ФВ после лечения, %	-0,51, p<0,05	-0,75, p<0,05	-0,02, p>0,05	

Выводы:

1. Клиническая картина у пациентов с ИЭ характеризуется множеством клинических симптомов, большим количеством зависимостей и связей между ними. Так же выявлены зависимости состояния и жалоб пациентов при поступлении от различных факторов.
2. Выявлена зависимость площади эффективного отверстия и максимального градиента на аортальном клапане до лечения от поражения аортального клапана и формы инфекционного эндокардита.
3. Выявлена зависимость площади эффективного отверстия, максимального градиента и градиента регургитации на митральном клапане до лечения от поражения митрального клапана и наличия ПМК.
4. Выявлено множество связей между эхокардиографическими показателями аортального клапана и левого желудочка.

Литература

1. Тюрин, В.П. Инфекционные эндокардиты: руководство / Под ред. Акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – 2-е изд., доп. И перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 368с.
2. Буткевич, О.М., Виноградова, Т.Л. Инфекционный эндокардит/ О.М.Буткевич, Т.Л.Виноградова, //. –М.:Оверлей, 2007. – 164с.
3. Идов, Э.М. Клапанный инфекционный эндокардит (эволюция,клиника, лечение)/ Э.М.Идов, И.И.Резник// – Екатеринбург, УГМА. – 2009. – 305с.

Репозиторий ГрГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ,НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. П. Павлович, М. А. Лях, Ю. Е. Прошина

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Качество жизни [1] – многогранное понятие, необходимое для оценки людьми собственного благополучия и влияния здоровья на физическое, интеллектуальное и эмоциональное состояние. Оценка качества жизни, обусловленного здоровьем, является актуальным и приоритетным вопросом в жизни современного общества.

Цель: выявить особенности качества жизни, связанного со здоровьем, населения Гродненской области.

Задачи:

1. Оценить качество жизни, связанное со здоровьем, населения Гродненской области.

2. Выявить влияние загрязнения радионуклидами территории Гродненской области на качество жизни населения.

3. Выявить влияние медико-социальных факторов на качество жизни населения.

Материал и методы. Исследование качества жизни проводилось с использованием опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанным J. E.Ware с соавторами в 1988 г., считающимся «золотым стандартом» общих методик оценки качества жизни Опросник включает 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал, позволяющих в наибольшей мере оценить взаимосвязь качества жизни с социальным статусом, психическим здоровьем и общим благополучием населения. Обобщенная характеристика данных восьми групп представлена двумя компонентами здоровья-физическим и психическим. При этом психологический компонент можно расценивать как социально-психический, так как он определяется по шкалам ролевого и социального функционирования, связанного с эмоциональным состоянием. Физический компонент здоровья составляют четыре шкалы опросника: физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли и общее состояние здоровья. Физическое функционирование (ФФ) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, (РФ) – физическая способность человека выполнять свою профессиональную работу или работу по дому (пенсионеры). Интенсивность боли(ИБ) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. Общее состояние здоровья (ОЗС) – оценка человеком своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Психический компонент здоровья составляют также четыре шкалы: жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Жизненная активность (ЖА) – субъективная оценка

Репозиторий ГрГМУ

настроения, энергичности, жизненных сил. Социальное функционирование (СФ) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье (ПЗ) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Максимальное значение для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья – 100 баллов. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру.

Исследование одномоментное, поперечное. Группа (197 человек: 132 женщины, 65 мужчин) в возрасте от 16 до 88 лет формировалась методом случайного отбора. С учетом загрязнения радионуклидами территории проживания выделены 2 подгруппы – Дятловский и Мостовский районы.

Оценка распределения признаков осуществлялась методом Колмогорова-Смирнова. При нормальном распределении признака результаты представляли в виде M±m и оценивали значимость различий в последующем методами параметрической статистики. При распределении, отличном от нормального, – в виде Me (25 % - 75%) и использовали методы непараметрической статистики. Статистически значимыми принимали различия при вероятности безошибочного прогноза более 95% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 1 февраля 2010 г. №132 «Об утверждении перечня населенных пунктов и объектов, находящихся в зонах радиоактивного загрязнения», городской поселок Новоельня Гродненской области относится к зоне проживания с периодическим радиационным контролем, где среднегодовая доза облучения не должна превышать 1 мЗв в год [2].

Результаты исследования показали, что физический компонент здоровья (ФКЗ) оценивается жителями, проживающими в Гродненской области, как средний – 47,3±0,60 баллов; психический компонент здоровья (ПКЗ) – 46,0±0,73 балла (таблица 1).

Таблица 1. – Показатели качества жизни населения Гродненской области по данным 2015 г.

Показатель	Баллы;n=197
ФКЗ,M±m	47,3±0,60
ФФ,Me (25%-75%)	85,0 (45,0-100,0)
РФ,Me (25%-75%)	75,0 (25,0-100,0)
ИБ,Me (25%-75%)	62,0 (41,0-100,0)
ОЗС,Me (25%-75%)	57,0 (40,0-77,0)
ПКЗ, M±m	46,0±0,73
ЖА,Me (25%-75%)	60,0 (40,0-75,0)
СФ,Me(25%-75%)	75,0 (50,0-88,0)
РФЭС,Me (25%-75%)	100,0 (67,0-100,0)
ПЗ,Me (25%-75%)	68,0 (52,0-80,0)

Репозиторий ГрГМУ

Наибольшее влияние на показатель ФКЗ оказывает высокий уровень ФФ – 85,0 (45,0-100,0) баллов, отражающего степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. Остальные показатели – намного ниже (особенно ОЗС и ИБ), что в результате и дает 47, 3 балла при оценке ФКЗ.

Среди показателей ПКЗ высокое значение отмечено у РФЭС – 100,0 (66,7-100,0).

Мужчины и женщины в разной мере указывают о роли на их качество жизни следующих критериев SF-36: ФФ, ОЗС, ПЗ, ПКЗ.

Социальный статус оказывает влияние на все показатели, кроме РФЭС (у женщин) и кроме РФЭС, ОЗС, СФ, ПКЗ (у мужчин). ФКЗ у работающих выше; чем у лиц, не занятых в производстве.

Такой фактор как семейный статус влияет на величину показателя ЖА ($p<0,05$) (таблица 2).

Таблица 2. - Влияние семейного статуса на качество жизни населения Гродненской области по данным 2015 г.

Семейный статус	Критерий SF-36; баллы	Статистически значимые различия
Замужем (женат)	ЖА; 60,0 (50,0-70,0)	U=3922,5; p<0,05
Не замужем (не женат)	ЖА; 55,0 (35,0-70,0)	
Замужем (женат)	ПЗ; 68,0 (60,0-80,0)	U=3961,5; p<0,05
Не замужем (не женат)	ПЗ; 64,0 (48,0-78,0)	
	ПКЗ	p<0,05

Количество детей вносит значительный вклад в физическое здоровье женщин, а на здоровье мужчин влияния не оказывает. Значительно увеличивается этот показатель с появлением второго ребенка в семье, вырастает от 41,8 (32,6-52,3) – при наличии одного ребенка, до 48,6(41,2-54,1) – при наличии двух детей. Разницу в изменении ФКЗ с появлением третьего ребенка женщины не отмечают. Однако у женщин, имеющих троих детей, отмечается максимально высокий уровень показателя РФЭС – 100,0 баллов (66,7-100,0), что можно связать с большей эмоциональной жизненной окраской.

При оценке влияния возраста на уровень качества жизни женщин, было установлено, что с возрастом падают все показатели оценки качества жизни, но особенно сильно прослеживается снижение такого показателя как РФ. У женщин репродуктивного возраста показатель РФ составил 100,0 (75,0-100,0), а у женщин пострепродуктивного возраста – 25,0 (0,0-50,0).

На уровень показателя ОЗС оказывает влияние фактор места жительства (таблица 3).

Таблица 3. – Влияние места проживания на качество жизни (ОЗС) населения Гродненской области по данным 2015 г.

Место проживания	Me (25%-75%)	Статистически значимые различия
Сельская местность	74,5 (46,0-86,0)	H=10,6; p<0,05
Городской поселок	52,0 (35,0-70,0)	
Город	57,0 (40,0-77,0)	

Репозиторий ГрГМУ

12,18 % опрошенных (24 респондента) имеют группу инвалидности, причем первую группу инвалидности имеют 20,83 % жителей, вторую – 54,17%, третью – 25 % населения. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями находится на среднем уровне (таблица 4).

Таблица 4. – Показатели качества жизни лиц с ограниченными возможностями Гродненской области по данным 2015 г.

Показатель	Баллы	Статистически значимые различия в сравнении со здоровыми
ФКЗ, M±m	38,4±0,98	p<0,05
ФФ, Me (25%-75%)	17,5 (0,0-40,0)	U=434,0; p<0,05
РФ, Me (25%-75%)	0,0 (0,0-0,0)	U=428,5; p<0,05
ИБ, Me (25%-75%)	36,5 (22,0-41,0)	U=613,0; p<0,05
ОЗС, Me (25%-75%)	20,0 (10,0-35,0)	U=405,5; p<0,05
ПКЗ, M±m	40,1±2,02	p<0,05
ЖА, Me (25%-75%)	35,0 (22,5-45,0)	U=736,5; p<0,05
СФ, Me (25%-75%)	50,0 (25,0-68,0)	U=846,0; p<0,05
РФЭС, Me (25%-75%)	100,0 (33,3-100,0)	-
ПЗ, Me (25%-75%)	50,0 (38,0-60,0)	U=919,5; p<0,05

Оценив показатели качества жизни непосредственно у лиц с ограниченными возможностями, было выявлено, что такие показатели качества жизни: ИБ, ОЗС и РФ оказались низкими. Показатель РФЭС (равный 100 баллам), свидетельствует о том, что эмоциональная составляющая не ограничивает выполнение работы или другой повседневной деятельности.

Выводы:

1 Качество жизни населения Гродненской области находится на среднем уровне.

2 Загрязнение территории Гродненской области радионуклидами не оказывает влияния на качество жизни.

3 Влияние на физический и психический компоненты здоровья оказывают: пол, возраст, семейный статус, социальный статус, количество детей в семье.

Литература

1. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
2. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 01.02.2010 № 132 "Об утверждении перечня населенных пунктов и объектов, находящихся в зонах радиоактивного загрязнения, и признании утратившими силу некоторых постановлений Совета Министров Республики Беларусь" [Электронный ресурс] / Levonevski.Net: ежедн. интернет-изд., 2006.Режим доступа: http://www.levonevski.net/pravo/norm2013/num15/d15725.html. (дата обращения: 17.05.2016).

Репозиторий ГрГМУ

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ УПОТРЕБЛЯЛИ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А. И. Пальцева, Л. Н. Кеда, С. Д. Лукашик, Т. В. Лисай, М. В. Дешкевич

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр "

Существует множество мифов о мнимой пользе алкоголя, которые связаны с красным сухим вином якобы полезным для здоровья.

Этиловый спирт является наиболее частым токсическим веществом, которое сознательно употребляют некоторые женщины во время беременности, считая, что его небольшие количества не опасны или даже полезны для развивающегося плода. Существует множество источников информации, которые подробно освещают негативное влияние алкоголя на здоровье плода и матери. Этиловый спирт и его метаболиты (особенно ацетальдегид) даже в небольших количествах прямо или опосредованно через нарушение биохимических механизмов матери приводят к нарушениям формирования плода: врожденным порокам развития, формированию фетального алкогольного синдрома. Результаты современных научных изысканий свидетельствуют о том, что для будущей матери не существует такого понятия, как «безопасная доза алкоголя» и любой алкоголь одинаково опасен для ребенка.

Цель исследования: изучение клинических особенностей новорожденного от матерей, употреблявших алкоголь во время беременности.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 44 ребенка от 43 матерей нормального репродуктивного возраста (24,5$\pm$4,8 лет), которые во время беременности употребляли спиртные напитки. Количество и качество употребляемых женщинами напитков оценивали с помощью анонимного анкетирования с информированного согласия данных женщин. У 39 женщин средний уровень потребления спиртных напитков не превышал 2-х доз (около 700 мл) сухого вина или шампанского, 4 женщины употребляли водочные напитки, бренди, виски. Группу сравнения составили 32 ребенка, матери которых не употребляли спиртные напитки во время беременности. По возрасту, социальному положению и соматической патологии матери обеих групп (основной и группы сравнения), не имели статистически значимых различий.

Результаты и их обсуждение:

Беременность у женщин основной группы достоверно чаще протекала на фоне анемии (52,2% и 36,8%, $p < 0,05$).Преждевременные роды в основной группе имели место в 28,5% случаев, в группе сравнения -6,4%, ($p< 0,05$). Аномалии родовой деятельности выявлялись у женщин основной группы в 7,2%, в то время у женщин группы сравнения данная патология отмечена только в 3,7% случаев ($p< 0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

В связи с аномалиями родовой деятельности роды закончились операцией кесарево сечение в 36% случаев у женщин основной группы ($p< 0,05$).

Комплексная оценка физического развития детей показала, что только ≈ 40% детей основной группы имели среднее физическое развитие, в то время как в группе контроля – 85%, $p<0,05$. Достоверно чаще среди новорожденных от матерей, употребляющих алкоголь встречаются маловесные и дети с недостаточностью питания (53% и 15%, соответственно, $p<0,05$). У новорожденных от матерей основной группы выявлено достоверное снижение по всем параметрам физического развития: массы тела (3010,2 ± 628,32 г.), длины тела (49,2 ± 3,1см.), окружности головы (32,4±1,4см.), окружности груди (31,8 ±3,3 см.) в сравнении с аналогичными показателями новорожденных от матерей контрольной группы: масса тела (3320,8±652,44г.), ($p< 0,05$), длина тела (51,9±2,4см.), окружность головы (32,4±1,3 см.), окружность груди (33,1 ±1,3см.), ($p< 0,05$) соответственно.

У детей основной группы выявлены стигмы дизэмбриогенеза: седловидный нос, голубые склеры, короткий рото-носовой фильтр, тонкая кайма губ, короткая уздечка языка, широкая переносица, дисплазия ушных раковин. Анализ особенностей ранней неонатальной адаптации показал, что у детей основной группы достоверно чаще диагностирована хроническая внутриматочная гипоксия (80% и 32%) соответственно, ($p<0,05$), нарушения со стороны центральной нервной системы (34% и 6%), анемия (11% и 6%), респираторный дистресс синдром (18% и 4%), внутриутробное инфицирование (28% и 14%), абдоминальная дистензия (22% и 8%), неонатальные желтухи (40% и 30%). Клинические проявления синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости имели место у новорожденных основной группы в течение всего раннего периода постнатальной адаптации, в основном от матерей употреблявших крепкие спиртные напитки. У 22,3% новорожденных от матерей, употребляющих алкогольные напитки, течение раннего неонатального периода осложнилось развитием абстинентного синдрома с 1-х суток жизни. Клинические проявления абстинентного синдрома проявлялись гипервозбудимостью центральной нервной системы (тремор, нарушение сна, спонтанные рефлексы Бабинского и Моро), вегетативными расстройствами.

Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии алкоголя, пренатально воздействующего на плод. Исследование биохимического статуса новорожденного выявило достоверное снижение уровня белка, повышение активности АЛАТ, АСАТ, лактадегидрогеназы, в анализе КОС повышение уровня лактата.

Выводы:

1. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что даже небольшое количество спиртных напитков, употребляемых женщиной во время беременности, может привести к задержке физического развития плода и хронической гипоксии.

Репозиторий ГомГМУ

2. Женщина, которая хочет родить здорового ребенка, должна полностью отказаться от употребления алкоголя перед зачатием и во время беременности.

БЕЗМОЛОЧНОЕ ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ МОЛОКА, ПРОГРАММИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЕЕ РЕБЕНКА

А. И. Пальцева, С. М. Пономаренко*, Ж. А. Косаренкова*

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

*УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"**

В последние годы широко обсуждается теория метаболического программирования, согласно которой период быстрого роста, развития органов и тканей, а именно 1000 первых дней жизни – критический период в жизни ребенка, когда питание и другие внешние факторы имеющие эпигенетическое влияние, определяют пути реализации генетической программы, программируют будущее здоровье. В связи с чем вопрос об адекватности питания беременной и кормящей женщины приобретает особую актуальность, а питание ребенка с первый дней жизни – важное составляющее профилактической медицины.

В настоящее время изучены механизмы влияния питания беременной на здоровье ее ребенка, одним из которых является эпигенетическая регуляция экспрессии генов (1). Эпигенетические (т.е. несвязанные с последовательностью генов, а только с их экспрессией) нарушения приводят к «молчанию» гена, т.е. нарушению продукции тех или иных белков сигнальных молекул, белков-гормонов и др.). По образному выражению R.Gosden (2) генетика и эпигенетика являются комбинированным естественным «набором ручка-карандаш», запрограммированным природой. Если генетика является ярким, стабильным, прописанным ручкой кодом, то эпигенетика – мягким карандашным штрихом, расположенным вокруг ДНК (3).

Эпигенотип человека формируется под воздействием факторов внешней среды, среди которых огромное значение принадлежит фактору питания. Экспериментальные работы Sandovici и соавторами показали, что недостаточное питание в период беременности формирует определенный фенотип, склонный к преждевременному развитию нарушения толерантности к глюкозе. Обеспечение полноценным питание является принципиальным для дальнейшего адекватного роста и развития детей. Согласно заключению Американской академии педиатрии (2008 г.) «питание играет главную роль в формировании отдаленного хорошего самочувствия возрастающего числа выживающих недоношенных младенцев, в связи с чем становится ясно, что коррекция питания на ранних этапах может иметь долгосрочные последствия» (4).

Репозиторий ГрГМУ

До настоящего времени бытует мнение, что употребление в повышенном количестве коровьего молока в диете кормящей женщины усиливает лактацию. Нет сомнений в том, что коровье молоко является ценным пищевым продуктом и для кормящей матери. Однако при его непереносимости антигены коровьего молока в грудном молоке кормящих матерей являются фактором риска формирования молочной сенсибилизации ребенка и могут обусловить появление симптомов молочной аллергии на фоне «чисто грудного вскармливания».

В свете современных знаний необходимо рационально организовывать диету беременной и кормящей матери.

Цель работы: Выявить влияние безмолочной диеты при непереносимости молока у беременных и кормящих матерей на лактацию и адаптацию пищеварительной системы их новорожденных.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 72 кормящие женщины и их новорожденные, 42 из них имели клинические и лабораторные признаки непереносимости коровьего молока, 30 – с хорошей толерантностью к молоку и молочным продуктам.

Нами был разработан и апробирован в клинических условиях один из возможных вариантов безмолочной диеты для кормящих матерей при непереносимости ими коровьего молока. Предлагаемая нами диета направлена на обеспечение полноценного питания в условиях нарушенного пищеварения у кормящей женщины. Основанием для перевода матери на безмолочную диету было наличие анамнестических, клинических симптомов непереносимости молока, подтвержденных лабораторными тестами (низкий прирост гликемии после нагрузки лактозой, тест дегрануляции тучных клеток).

Результаты и их обсуждение: Нами выявлено снижение лактационной функции у женщин с непереносимостью молока и продолжающих употребление молочных продуктов в рационе питания. Кроме того, в молоке этих женщин было выявлено снижение содержания лактозы, при сниженной продукции молока.

Клинико-лабораторное обследование новорожденных этих матерей показало наличие у них нарушений гидролиза молочного сахара в кишечнике, что подтверждалось снижением прироста уровня гликемии после нагрузки лактозой, повышенным выделением углеводов с калом и сопровождалось метеоризмом и беспокойством детей.

Анализ эффективности проводимого лечения организацией безмолочного питания кормящих матерей показал, что через 1 неделю суточное количество грудного молока возросло в 1,5 раза, через 2 недели почти в 2 раза по сравнению с исходным уровнем (0,43±0,002 и 0,71±0,017л). Одновременно с увеличением объема продуцируемого молока нами установлено повышение в нем уровня лактозы (49,9±2,6 и 65,9±2,7, $p<0,02$) при стабильном уровне белка (6,3±2,0 и 14,6±0,8, $p<0,05$). Перевод женщин, которые не переносят молоко, на безмолочное питание способствовало нормализации лактации и значительному улучшению клинико-лабораторного

Репозиторий ГрГМУ

статуса их детей. Лабораторное обследование детей показало, что прирост гликемии после нагрузки лактозой был нормальным (более 1,1 млмоль/л), снизилось количество выделяемой лактозы с калом.

Полное восстановление лактации отмечено у 95,5% женщин.

Лабораторное исследование молока матерей, находящихся на безмолочном питании через 1-2 месяца показало, что концентрация лактозы в нем сохранялась на стабильном уровне и составляла 66,4±3,3 г/л. Женщины успешно продолжали кормить грудью своих детей свыше 5 месяцев. Улучшение качества молока матерей положительно влияло на динамику прибавки массы тела и самочувствие их детей: нормализовался эмоциональный статус, отсутствовал метеоризм, кишечные колики, снизилась частота стула и количество выделяемой с ним лактозы. Посуточная прибавка в массе тела составило 26,5±1,3 г/кг/сутки, в то время как до перевода матерей на безмолочное питание она была 14,3±1,7 г/кг/сутки ($p<0,001$), что свидетельствует об улучшении гидролиза и всасывания лактозы.

Таким образом, проведенное исследование дает основание сделать вывод, что нарушение питания в период лактации может иметь последствия для потомства. Эти последствия связаны со снижением лактации, изменением состава молока, формированием у ребенка лактазной недостаточности с клиническими симптомами вздутия живота, послаблением стула с развитием в последующем хронической желудочно-кишечной патологии и снижением качества жизни взрослого человека.

Литература:

1. Levin E.B. Metabolie imprinting critical impact of the perinatal environment on the regulation of energy homeostssis Phil.Trans.R.Soc. 2006; 361: 1107-1121.
2. Gosgen R.G. Feinberg A., Genetice and Epigenetic – Nature's pen-and-pencil set New England J. of Medicine. 2007; 356: 731-733.
3. Нетребенко, О.К. Программирование питанием: рацион беременной женщины и здоровье потомства/ О.К.Нетребко// Педиатрия. – 2012. - Т 91/5. - Стр. 49-57.
4. AAP-CON 2008: American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition Handbook. 6 th ed. 2008.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО БЮРО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ – КАК ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Ю. В. Петельский, О. Л. Зеньков, Е. М. Тищенко

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Доступность специализированной медицинской помощи является важной задачей системы здравоохранения, в том числе обусловленной организационными трудностями взаимодействия районных, городских и областных лечебно-профилактических учреждений.

С целью повышения доступности специализированной медицинской помощи, улучшения анализа плановой госпитализации, повышения качества догоспитального обследования и определения необходимости стационарного

Репозиторий ГрГМУ

лечения в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» («ГОКБ») в 2013 году внедрена госпитализация пациентов нуждающихся в плановом лечении через электронное бюро госпитализации. Со второго полугодия 2015 года поэтапно организована плановая госпитализация пациентов только через электронное бюро госпитализации.

Для организации электронного бюро госпитализации осуществлены подготовительные мероприятия по обеспечению компьютеризации медицинских учреждений, организации автоматизированных рабочих мест и разработке программного обеспечения в составе общей информационно-аналитической системы учреждения. Предложен электронный бланк на плановую госпитализацию, форма, которого утверждена приказом главного врача. Доступность процесса обеспечена размещением, заполнением и передачей бланка-запроса на сайте учреждения.

В УЗ «ГОКБ» создан телемедицинский центр с функцией бюро госпитализации, в котором штатный врач обеспечивает отбор пациентов на плановую госпитализацию, организовывает прием и передачу данных по консультации пациентов по направлению лечебно-профилактических учреждений области и оказывает телеконсультации. При получении заполненного бланка из ЛПУ информация передается заведующему структурным подразделением, который совместно с врачом центра определяет наличие показаний к госпитализации, полноту догоспитальных обследований, при необходимости назначает дополнительные обследования и определяет явку пациента в определенную дату и время в приемное отделение УЗ «ГОКБ» для госпитализации.

Разработан алгоритм работы бюро госпитализации, согласно которому в лечебно-профилактическом учреждении области, при наличии у пациента показаний к госпитализации, заполняется электронный бланк на плановую госпитализацию и передается по электронной почте. После принятия решения о госпитализации врач бюро в электронном виде пересылает информацию в лечебно-профилактическое учреждение, из которого подан запрос с указанием даты и времени явки пациента в приемное отделение. На момент поступления пациента в приемном отделении имеется вся необходимая информация о принятом решении бюро госпитализации и по догоспитальному обследованию. Пациенту для получения направления нет необходимости обращаться в регистратуру областной поликлиники или онкодиспансера на прием к врачу-специалисту, что привело в соответствие нагрузку врачей на приеме.

В случае самостоятельного обращения пациента на прием к врачу поликлиники, а также при проведении консультации по направлению ЛПУ области врачами консультативной поликлиники и онкодиспансера в случае выявления врачом, ведущим прием, показаний к плановой госпитализации, электронный бланк на плановую госпитализацию заполняется врачом консультативной поликлиники или онкодиспансерного отделения и направляется в бюро госпитализации. Пациент по окончании приема имеет информацию о дате и времени явки в приемное отделение учреждения.

Репозиторий ГрГМУ

Работа бюро госпитализации, позволяет планировать работу отделений: оперативные вмешательства, дополнительные диагностические исследования, что сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре и дает экономический эффект. Внедренная организационная технология позволила пролечить в стационаре большее количество пациентов, увеличила оборот койки, адаптировала соответствие показаний и потребностей госпитализации в специализированную клинику, а значит и повысило доступность специализированной медицинской помощи населению Гродненской области.

Новая схема плановой госпитализации привела к улучшению доступности специализированной медицинской помощи, увеличении количества госпитализированных, сокращению средних сроков лечения за счет качественного догоспитального обследования и уменьшению влияния человеческого фактора в процессе госпитализации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕСТО В ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

В. Н. Погорелов, Н. А. Лисицкая, Н. Д. Телегина, В. Ю. Мужановский
Харьковский Национальный Медицинский Университет, Украина

Актуальность: В последние годы отмечено, что лёгочная и артериальная гипертензии (АГ) у больных хроническими обструктивными заболеваниями лёгких (ХОЗЛ) являются причинно-следственной связью в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) и её осложнения - сердечной недостаточности (СН). Возникновение у больных ХОЗЛ различных системных ответов обусловлено активацией симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиновой системы (РАС), которые осуществляют свои регуляторные влияния через мембрано-ассоциированные рецепторы миокарда и лёгких. Следовательно, лёгочная и системная вазоконстрикция, гипергемокоагуляция и изменения в тубулярной системе почек являются важной частью патогенетического кольца, на которое необходимо целенаправленно влиять, применяя лекарственные средства с широким спектром действия. Таким широким спектром обладают антагонисты кальция (АК). Особое место среди АК занимает амлодипин, применение которого у больных АГ и ИБС позволило достичь определённого клинического результата.

Амлодипин – антагонист кальциевых каналов дигидропиридинового ряда III поколения, блокирует медленные кальциевые каналы и препятствует внутриклеточной гиперкальциемии и сокращению гладкомышечных волокон, уменьшает эндотелиальную дисфункцию, обладает сбалансированным нормализующим влиянием на NO-систему, оказывает сосудорасширяющее действие, при этом не влияет на частоту сердечных сокращений (ЧСС). Амлодипин обладает длительным действием, что позволяет применять его 1 раз в сутки. При приёме препарата максимальная концентрация в крови

Репозиторий БГМУ

достигается через 6-12 ч. Стабильная концентрация достигается через 7-8 дней приёма препарата. В лечении больных ИБС, АГ, AV блокадой II-III степени, заболеванием периферических артерий он занимает первостепенное значение, в то время как дилтиазем при AV блокаде II-III степени противопоказан. Амлодипин - препарат с выраженным антиангинальным эффектом, достоверно снижает частоту, продолжительность и выраженность эпизодов ишемии. Он стабилизируют клеточные мембраны, препятствует проникновению свободного холестерина в стенку сосудов, а также блокирует кальциевые каналы тромбоцитов, уменьшая их агрегацию. Отличает его от других АК то, что он не влияет на ЧСС, возрастание которой в период физической нагрузки является провоцирующим моментом развития локальной ишемии, что подтверждает многоцентровое исследование CAPE. Кроме этого, данный препарат может дополнительно быть включен наряду с β-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ и диуретиками в терапию СН , в котором общая сердечно-сосудистая летальность, частота развития острого инфаркта миокарда и прогрессирования ИБС были значительно ниже, чем при применении других АК. Амлодипин положительно влияет на почечную гемодинамику, увеличивает почечный кровоток, повышает скорость клубочковой фильтрации, снижает сопротивление сосудов почек. Препарат обладает выраженной нефропротекторной активностью, замедляет прогрессирование диабетической нефропатии. Известно, что амлодипин эффективно снижает уровень АГ у больных ХОЗЛ, вызывает дилатацию сосудов малого круга кровообращения, уменьшая выраженность лёгочной гипертензии, что стало целью нашего исследования.

Целью данной работы является оценка антигипертензивного и антиишемического эффектов амлодипина в терапии больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС в возрасте 55±5 лет, преимущественно мужчины трудоспособного возраста. Всем больным проводилась комплексная терапия, включающая антибактериальные, противовоспалительные, муколитические и отхаркивающие средства, при необходимости добавляли бронхолитики. Больные 1-й группы (21 чел.) дополнительно к общепринятой терапии получали дилтиазем (диакордин) 90 мг 2 раза в сутки. Больным 2-ой группы (29 чел.) дополнительно был включен амлодипин в суточной дозе 10 мг сутки. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-функциональной форме и тяжести заболевания. Клиническая эффективность проводимой терапии оценивалась по суточному мониторингу ЭКГ. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали с помощью ЭхоКГ, среднее давление в лёгочной артерии (СДЛА) оценивали с помощью ДопЭхоКГ. Показатели РАС, эндотелина-1, цитокинов определяли иммуноферментным методом.

Результаты и их обсуждение. На фоне проведенной комплексной терапии с включением амлодипина у больных 2-ой группы по сравнению с больными 1-ой отмечалось улучшение общего состояния больных:

Репозиторий ГрГМУ

значительно уменьшились одышка, слабость, сердцебиение в области сердца. Уменьшилась интенсивность, продолжительность и частота возникновения ангинального синдрома. Отмечалось увеличение порога переносимости физической нагрузки без заметного прироста ЧСС.

Изменение гемодинамики на фоне комплексной терапии с включением АК способствовало изменению состояния РАС и эндотелина-1, что косвенно подтверждает повышение концентрации оксида азота, который вызывает релаксацию сосудов.

Изменение показателей РАС на фоне терапии АК свидетельствует, что свои эффекты препараты реализуют через механизм релаксации сосудов. Снижение уровня эндотелина-1, особенно во 2-ой группе, есть тому подтверждение.

Снижение давления в лёгочной артерии и улучшение клинического течения заболевания у больных ХОЗЛ в сочетании ИБС сопровождалось изменением профиля цитокинов. В сыворотке крови больных до лечения был отмечен дисбаланс профиля цитокинов. После проведенного лечения отмечалось достоверное снижение ИЛ-1β, ФНО-α и повышение ИЛ-4, особенно во 2-ой группе наблюдения. Это свидетельствует в пользу того, что проводимая терапия создала благоприятные условия для снижения лёгочной гемодинамики и способствовала подавлению имунно-воспалительного процесса у больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС.

В сыворотке крови больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС до лечения отмечалось повышение общего ХС, ХС ЛПНП и снижение ХС ЛПВП. Проведенное комплексное лечение с включением АК способствовало снижению уровня общего ХС, ХС ЛПНП и повышение ХС ЛПВП, особенно во 2-ой группе наблюдения.

Таким образом, комплексная терапия с включением АК создаёт условия для снижения СДЛА - основного фактора развития атеросклероза и, как следствие, ИБС у больных ХОЗЛ.

Выводы

Включение антагонистов кальция в комплексную терапию больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС способствовало снижению активности РАС и эндотелина-1, что способствовало снижению СДЛА и иммуновоспалительной активности в бронхах и лёгких, особенно в группе приёма амлодипина.

Амлодипин в терапии больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС является важным и необходимым дополнением в качестве средства сдерживания лёгочной и артериальной гипертензии, как фактор формирования хронического лёгочного сердца у этой категории больных.

Полученные положительные клинико-лабораторные исследования у больных ХОЗЛ в сочетании с ИБС дают возможность изучить и применить амлодипин у больных хроническим лёгочным сердцем, то есть дальнейшие исследования будут направлены на изучение влияния амлодипина на ишемию миокарда данной категории больных.

Репозиторий ГрГМУ

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

Е. А. Рига, И. В. Гордиенко, Н. В. Коновалова, Р. В. Марабян
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В приоритетах национального плана действий в рамках глобальной стратегии ООН «Каждая женщина, каждый ребенок» определено повышение качества оказания медицинской помощи детям после рождения. Важными показателями, характеризующими долгосрочные последствия у младенцев с преждевременным рождением, считаются преждевременный разрыв плодных оболочек, бронхолегочная дисплазия, тяжелые поражения мозга, ретинопатия недоношенных. Наличие каких - либо из этих трех проблем или их сочетание достоверно ухудшает отдаленные последствия. Кроме этого, преждевременное рождение детей сопровождается высоким риском возникновения у них не только соматической патологии, но и неврологических и психических нарушений. В мире активно продолжаются изучения отдаленных последствий преждевременного рождения. Ранний возраст жизни любого ребенка характеризуется уникальными процессами, которые проявляются в приобретении ребенком множества психомоторных навыков: сочетание и целенаправленность действий, вертикализация и устойчивость, формирование абстрактного мышления (поиск спрятанного предмета), ассоциаций (сравнение животного объекта с нарисованным в книге), игровой деятельности и социального контакта (отражение взаимоотношений ребенка со взрослыми «свой-чужой») и т. п., что связано с высокой нейропластичностью головного мозга. Мировой опыт показывает, что одной из очень эффективных моделей предупреждения задержки и нарушений развития детей, родившихся преждевременно, является своевременная диагностика нарушений развития, направление их в реабилитационные услуги. Современным сервисом для предупреждения инвалидизации на доказательном уровне является раннее вмешательство. Раннее вмешательство это система медико-социальной-психолого-педагогической помощи, аккумулировала в себе все прогрессивные тенденции: семейно-центрированный подход, принцип командной междисциплинарного оказания помощи, функциональный подход к реабилитации и ориентация на нормализацию жизни семьи.

Цель исследования. Изучить особенности развития детей раннего возраста, родившихся преждевременно для оптимизации реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Проведено проспективноекогортное обсервационное исследование. Под наблюдением в реабилитационном центре Харьковского областного специализированного дома ребенка №1 (ХОСБД) за период 2011-2015 гг. находилось 172 ребенка с гестационным возрастом 22-36 недель и 6 дней. Оценка реабилитационных программ проводилась с помощью шкалы KID-RCDI-2000, разработанными Г. Айртоном (США) в

Репозиторий ГрГМУ

русскоязычной версии. Проводили анкетирование поведения детей по 216 пунктам по следующим доменам развития: социо-эмоциональный (40 пунктов), самообслуживание (40 пунктов), крупная моторика (30 пунктов), мелкая моторика (30 пунктов), развитие речи (41 пункт), понимание речи (40 пунктов). В пределах каждого домена развития порядок вопросов был случаен. Уровень развития определяли по рекомендованным методике баллами: «возрастной нормальный балл», «возрастная граница легкого отставания», «возрастная граница отставание», которые представлены в таблицах и на линейной шкале развития, благодаря которому за каждым доменом определялись соответствие развития возрасту ребенка, категории «нормальное развитие», «легкое отставание», «отставание».

Результаты. При проспективном наблюдении 92 ребенка имели дефицит функций и развили инвалидность вследствие детского церебрального паралича (ДЦП) (n=59), тяжелых нарушений зрения (n=21), тяжелых нарушений зрения, слуха и ДЦП (n=21), три ребенка умерли на первом году жизни.До 2012 года в ХОСБД детям раннего возраста предоставлялись реабилитационные услуги, которые включали в себя общий массаж, лечебную физкультуру. Данный вид услуг получили 13 недоношенных детей. С 2012 года реабилитационные услуги для детей включали интенсивный формат их предоставления - круглосуточная форма пребывания в группах медико-социальной реабилитации продолжительностью четыре недели. На протяжении 2012 полный курс реабилитационной терапии по модели №1 получили 33 преждевременно рожденных ребенка. С 2013 года кроме двухлетнего курса круглосуточной формами пребывания в группах медико-социальной реабилитации в течение четырех недель включено амбулаторный прием, предполагающий длительное сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями с обучением семьи философии и технологиям раннего вмешательства, которые родители выполняют дома. По этой модели полный курс реабилитационной терапии получили 69 из 98 недоношенных детей. Учитывали процент детей, которые в течение года улучшали развитие в каждом отдельном домене благодаря полученным баллам и перехода с уровня «легкое отставание» до уровня «нормальное развитие», с уровня «отставание» к «легкое отставание». Благодаря использованию сочетания реабилитационных программ и раннего вмешательства,удалось оптимизировать когнитивное развитие - у 21 (30,4%), развитие речи - у 34 (49,2%), понимание языка - в 26 (37,6%), социо-эмоциональное развитие - у 35 (50,8%), адаптативного развитие - у 26 (37,6%). Таким образом, следует считать, что среди детей инвалидов реабилитационный потенциал имеет каждый второй-третий ребенок, но каждый ребенок требует сугубо индивидуального подхода к реабилитации с учетом отклонения со стороны каждого домена развития. Поскольку у детей раннего возраста наблюдались различные патологические состояния, которые приводили к нарушениям функций и развития, анализ проведен у детей в зависимости от сочетания этих форм. Установлено, что наименьший

Репозиторий ГрГМУ

реабилитационный потенциал имели дети с сочетанием нарушений функции зрения, слуха и моторного развития.

Выводы. Для оптимизации реабилитационных подходов у детей раннего возраста, родившихся преждевременно, следует использовать инструменты для развития основных доменов (когнитивного, моторного, речи и ее понимания, социо-эмоционального, адаптативного). Наименьший реабилитационный потенциал имеют дети с сочетанием нарушений функций зрения, слуха и моторного развития, что ставит вопросы организации своевременной их диагностики и коррекции.

ВНЕШНИЙ ВИД ВРАЧА КАК АТРИБУТ ЕГО ИМИДЖА

Ю. И. Ровкач, И. С. Задора, А. И. Совецкая

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В сфере услуг, к которой относится и медицина, большое значение имеет имидж работника. Именно он формирует у пациента представление не только о враче как специалисте, но и об организации здравоохранения в целом. Врачебный имиджа включает внутренний и внешний компоненты. Составляющим элементом внешнего компонента является внешний вид врача. «По внешнему виду не судят только самые непроницательные люди» писал О. Уайльд. Доверие и расположение пациента можно потерять с первого мгновения, если внешний вид врача не удовлетворит его.

Цель исследования:выявить особенности мнения населения о внешнем виде врача как атрибуте его имиджа.

Материалы и методы. В исследование включено 200 жителей Республики Беларусь (28,5% мужчин и 71,5 % женщин), среди которых 68 детей школьного возраста (12,8±1,02 лет), 42 человека (22,3±1,98 лет), обучающихся по специальности «Педиатрия» и 42 студента (18,7±0,79 лет) – по специальности «медико-профилактическоедело» УО «Белорусский государственный медицинский университет», 46 человек взрослого населения (42,3±14,17 лет). Применялись следующие методы: исторический, социологический и статистический – критерий соответствия (χ^2) для оценки достоверности разности сравниваемых величин.

Результаты и их обсуждение. Внешний вид врача важен для 83% респондентов: для 87,5% школьников и 91,7% взрослого населения. С давних времен профессия врача ассоциировалась с белым халатом. До второй половины XIX века хирурги не использовали халатов. Фартук и нарукавники использовались только во время проведения операций. Врачи не носили никакой спецодежды в отличие от сестер милосердия, для которых униформа существовала с давних пор. Традиционный наряд сестры милосердия – это темное длинное платье с белым передником и белый платок-косынка. В середине XIX века в одежде сестер преобладал черный цвет, платки уступили место чепчикам. Английский врач Джозеф Листер в 1860-х годах создает учение об антисептики, и с этого начинается история медицинских халатов.

Репозиторий ГрГМУ

Первыми в постоянную практику белые халаты ввели, вероятно, немцы в период франко-прусской войны 1870 года. К началу XX века применение белого халата, шапочки и маски при хирургических процедурах было обязательным. Но только после мировой эпидемии испанки в 1918 году, унесшей жизни десятков миллионов человек, ношение халата и шапочки стало явлением повсеместным среди не только хирургов, но и врачей других специальностей. В Россию халат пришел в XVIII веке, превратившись сначала в домашнюю, а затем и в рабочую одежду. И только на рубеже XIX–XX веков онстал медицинским [2].

Феномен молодежной субкультуры существует и во врачебной среде. Как правило, эти люди хотят подчеркнуть свою индивидуальность, используя такие средства, как туннели, скайсы, фиксы, пирсинги и татуировки. Представители таких субкультур становятся студентами медицинских университетов, а в последующем и врачами [1]. Однако врач с татуировками на открытых частях тела вызовет доверие лишь у 42% респондентов; врач с пирсингом на лице — у 20%; врач с туннелями – у 15%.

Выявлены статистически достоверные различия в мнениях студентов и взрослого населения по таким вопросам, как наличие татуировок, пирсинга и ярких волос в образе врача ($p<0,05$). Взрослое население хочет видеть более консервативный образ медицинского работника, чем студенты. При анализе ответов школьников и студентов старших курсов педиатрического факультета выявлены различия по таким вопросам, как наличие у врача ярких ногтей, распущенных волос, бороды, украшений, шапочки, татуировок, рисунков на халате ($p<0,05$). Школьники, как и население, хотят видеть классический образ врача.

Социальный портрет идеального врача по результатам анкетирования респондентов-мужчин следующий: идеальный врач — это мужчина средних лет, у которого могут присутствовать крупные цепи, браслеты и борода. Однако такие вещи, как массивные кольца и распущенные волосы ниже плеч не допускаются.

Социальный портрет идеального врача по результатам анкетирования респондентов женского пола следующий: идеальный врач — это женщина, возраст которой оказался прямо пропорционален возрасту респондента. Врач может носить крупные и яркие серьги, делать яркий маникюр. Вместе с тем, массивные украшения на шее, глубокий вырез декольте и шорты считаются неприемлемыми в образе идеального медицинского работника.

Выводы:

1. Внешний вид врача – актуальная проблема в современном обществе. Взрослое население в общении с медицинскими работниками хочет видеть перед собой классический образ зрелого человека.

2. Молодые люди все больше стремятся подчеркнуть свою индивидуальность, используя необычные элементы в своем образе, не задумываясь о возможных последствиях этих решений.

3. Необходимо вырабатывать свой собственный вкус и стиль, находясь при этом в гармонии с собой и окружающим миром.

Репозиторий ГрГМУ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Т. Н. Рожко, В. Л. Зверко, Л. Н. Кеда, С. А. Разина, Н. Б. Полудень

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

В условиях экономического кризиса, падения рождаемости и высокого уровня заболеваемости населения, охрана репродуктивного здоровья населения приобретает особую социальную значимость. В современных условиях общество должно стремиться к рождению здоровых детей, способных к полноценной общественной, трудовой деятельности и семейной жизни. "Семья – это общество в миниатюре, от целостности и надежности которого зависит безопасность всего человечества". Семья стимулирует социальную активность человека, способствует сохранению и укреплению физического и психологического здоровья. Поэтому укрепление семьи – приоритетная задача общества, а половое воспитание подрастающего поколения – одно из ведущих направлений ее решения. Обеспечение этой задачи тесно связано с планированием семьи и охраной репродуктивного здоровья населения.

Планировать беременность нужно задолго до момента зачатия. Переход к здоровому образу жизни, отказ от алкоголя, курения и других вредных привычек помогут женщине выносить и родить здорового ребенка.

Беременность является нормальным физиологическим состоянием женщины. Но она оказывает большую физическую и психическую нагрузку на организм даже здоровой женщины, а если есть какие-либо заболевания, то организму приходится нести двойную нагрузку, так как приходится бороться с болезнью и вынашивать ребенка.

Здоровый образ жизни беременных обязательно должен включать:

- правильное здоровое питание;
- психологическое благополучие будущей мамы;
- необходимую для беременной физическую нагрузку.

Правильное питание при беременности наиболее актуально, так как именно от того, что ест женщина, во многом зависит, как будет развиваться ее ребенок. Прежде всего, стоит запомнить одну простую вещь: из-за стола лучше встать слегка голодной, чем с тяжестью в желудке от переедания. В связи с этим лучше и вовсе придерживаться принципов дробного питания: есть меньше, но чаще. Идеальным вариантом будет прием пищи 5-6 раз в сутки, при этом последний раз - за 3 часа до сна. Позже есть не рекомендуется. Если чувство голода нестерпимо, можно выпить стакан молока или кефира, съесть яблоко или грушу. Именно такой режим питания для беременных будет наиболее оптимальным.

Правильное питание при беременности, как, собственно, и любое правильное питание, предполагает отказ от жареной пищи, маринованных продуктов и копченостей. Гораздо более полезной будет пища, приготовленная на пару, сваренная, тушеная или запеченная. Продукты

Репозиторий ГрГМУ

питания для беременных должны быть максимально свежими, не должны содержать консервантов, излишков соли и тому подобного.

Конечно же, рекомендуется отказаться от фаст-фуда. Однако стоит отметить, что если встанет выбор — остаться голодной или съесть что-то не слишком полезное, лучше все-таки выбрать второе. Голодать беременной женщине не стоит. Другое дело, если перед таким выбором вы встаете достаточно часто, то стоит задуматься о том, чтобы носить с собой фрукты или бутерброды.

Огромное значение имеет баланс между такими важнейшими компонентами питания, как белки, жиры, углеводы, а также витамины и минералы. Конечно, сбалансированное питание для беременных на разных сроках предполагает разный баланс этих компонентов.

Главной составляющей здорового образа жизни является поддержание душевной гармонии. Психика женщины во время беременности изменяется. Душа беременной очень ранима. Женщине в этот период сложно управлять своими эмоциями.

Однако будущая мама всегда должна помнить о том, что ребёнок, как губка, впитывает все её эмоции и реагирует на них.

Особенно надо остерегаться стрессовых ситуаций. Чтобы не нанести вред психике ребёнка, беременной необходимо научиться контролировать свои чувства, постараться исключить все раздражающие факторы.

Важно создать окружение, способствующее созданию позитивного настроя. Общение с приятными людьми, с природой, с прекрасным (живописью, литературой, музыкой) улучшает настроение женщины, успокаивает её. Все эти факторы создают положительный психический фон, помогают поддержать уязвимую психику будущей мамы.

При нормальном течении беременности женщине необходимы физические нагрузки. Польза физкультуры во время беременности очевидна: физические нагрузки помогают укрепить мышцы, улучшают кровообращение и кровоснабжение всех внутренних органов, а также и маточно-плацентарное кровообращение, увеличивая доставку кислорода и питательных веществ плоду. Тренированным женщинам, активно занимавшимся спортом до беременности, при отсутствии акушерско-гинекологических противопоказаний, разрешены более интенсивные физические нагрузки, чем нетренированным и неспортивным будущим мамам. Во всех случаях во время беременности, особенно в первом триместре, когда высок риск выкидыша, уровень физической активности рекомендовано снизить до 70-80% от такового до беременности.

Оптимальными видами спорта являются ходьба, плавание, занятия на горизонтальном велотренажере. В последнее время возрастает популярность йоги для беременных.

Будущим мамам полезнее выполнять недлительные, но регулярные физические нагрузки, занимаясь не реже трех раз в неделю. Это значительно эффективней редких изнурительных нагрузок, которые могут принести больше вреда, чем пользы: нерегулярные тренировки, проводимые от случая

Репозиторий ГрГМУ

к случаю, являются серьезным стрессом для организма. Поэтому лучше заниматься часто, но понемногу.

Интенсивность физических нагрузок меняется в зависимости от срока беременности, особенностей ее течения, а также от индивидуальной физической подготовки, тренированности женщины. Однако в каждом случае вопрос о возможности, интенсивности и продолжительности физической активности будущей мамы решается индивидуально.

Занятия следует проводить через 2 часа после еды. Во время занятий физкультурой необходимо избегать перегрева и обезвоживания. Вероятность перегрева увеличивается при излишнем укутывании, занятиях во влажных и жарких помещениях. Комната для занятий должна быть проветрена. Следует подобрать удобную, гигроскопичную, не стесняющую движений одежду и обувь для физкультуры. Между упражнениями следует пить небольшое количество жидкости, а после занятий выпивать не менее полулитра воды.

Кроме соблюдения основных принципов здорового образа жизни для беременной женщины особенно важным является полноценный сон. Во время беременности меняется структура сна. Фаза глубокого сна менее продолжительна, поэтому женщине не всегда удается полноценно отдохнуть. Ночные вставания в туалет или изжога, частые спутники беременности, особенно в третьем триместре, снижают качество сна. Ученые считают, что недостаточный сон во время беременности может приводить к снижению иммунитета, развитию депрессии и осложнениям во время родов. Поэтому нужно постараться оптимизировать качество своего сна, чтобы избежать этих нежелательных последствий.

Основную лепту в здоровье будущего малыша мы вносим во время беременности и заботясь о нем в период младенчества. Но фундамент здоровья вашего ребенка – это ваше здоровье. Поэтому, заботясь о своем здоровье, вы вносите вклад в здоровье будущего поколения.

О ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ДЕПРЕССИИ РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. П. Романова, Н. Г. Гвоздь, О. А. Харькова

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Управление современными организациями как вид трудовой деятельности предполагает воздействие ряда факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье руководителя. Управленческая деятельность связана с эмоциональным напряжением, приводящим к развитию психосоматических заболеваний. Стресс как основной фактор риска здоровью в связи с профессиональной деятельностью является основной причиной, вызывающей нездоровье руководящих работников [2, 4, 5].

Депрессия – одна из самых распространенных реакций на стресс, приводит к длительному психическому угнетению, снижает

Репозиторий ГГМУ

трудоспособность, нарушают нормальное течение личной жизни. Риску депрессии подвержены до 10% руководителей [4]. Поэтому эффективность руководителя во многом определяется способностью противостоять стрессам, справляться с большой физической и психологической нагрузкой в течение длительного времени, в том числе за счет наличия знаний и умений рациональной организации труда и отдыха. Физическая выносливость и устойчивость к психологическому напряжению определяют успех руководителя, также как и организаторские способности [1; 2].

Цель исследования: определить предрасположенность к депрессии как результату профессионального стресса руководящих работников здравоохранения и оценить различия по полу и возрасту

Материалы и методы. При проведении исследования применены метод психологического тестирования и статистические методы. В качестве инструмента исследования был использован опросник «Подвержены ли Вы депрессии?», который содержал 20 вопросов с вариантами ответа «ла» в случае согласия и «нет» в противоположном случае [3]. Набранные баллы в диапазоне 0–7 свидетельствовала об устойчивости к депрессии и характеризовала испытуемых как вполне счастливых и довольных жизнью людей, умеющих жить в согласии с собой, близкими людьми и окружающим миром. Сумма баллов в диапазоне 8–15 свидетельствовала о подверженности депрессии и наличии потенциальной возможности справляться с негативными переживаниями. Сумма баллов свыше 15 свидетельствовала об имеющейся депрессии.

Объект исследования представлен руководящими работниками системы здравоохранения. Среди 235 руководителей, принявших участие в исследовании, преобладали женщины, удельный вес которых составил 60,4% (142/235). Мужчины-руководители составили 39,6% (93/235). Средний возраст руководителей составил 45,7±1,21, в том числе у женщин – 45,9±1,44, у мужчин – 45,3±2,1 года. В группе исследования преобладали лица в возрасте 41–50 лет, удельный вес которых составил 40,4% (95/235).

48,5% (114/235) участников исследования имели стаж руководящей работы до 5 лет. Среди женщин эта группа составила 52,8% (75/142), среди мужчин – 40,6% (39/93). Стаж более 20 лет указал каждый десятый участник исследования (23/235). Отмечены статистически значимые различия распределения по стажу управленческой деятельности у мужчин ($p< 0,05$) и женщин ($p< 0,01$). Медиана стажа руководящей работы в группе исследования составила 6 лет (25-й процентиль = 2 года, 75-й процентиль = 14 лет). Статистическая обработка результатов осуществлена с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 7.0».

Результаты. Склонность к депрессии у руководящих работников в группе исследования в единицах оценки результатов теста (медиана и интерквартильный размах) составила 5 [2; 7] баллов, в том числе у мужчин – 4 [2; 6] балла, а у женщин – 5 [3; 8] баллов. Выявлены статистически значимые различия подверженности депрессии у мужчин и женщин (Mann-Whitney U Test $z=3,03$ $p=0,002$). 78% участников исследования по

Репозиторий ГрГМУ

результатам тестирования были устойчивы к депрессии. Однако среди женщин удельный вес был ниже – 72,5%, чем у мужчин, у которых он составил 86%. Каждая 5-я женщина-руководитель и только каждый 10-й мужчина-руководитель были подвержены депрессии. Только у 2 женщин, по результатам тестирования было выявлено состояние депрессии, что составило 0,85% от общего числа участников исследования и 1,4% среди женщин-руководителей. Подверженность депрессии женщин была статистически значимо выше, чем мужчины - руководителей (p=0,04). Выявлены статистически значимые различия предрасположенности к депрессии руководящих работников здравоохранения различных возрастных групп (p=0,01). Соотношение мужчин и женщин при различных степенях подверженности депрессии менялось в пользу женщин-руководителей по мере увеличения степени склонности к депрессии. Среди устойчивых к депрессии руководителей удельный вес мужчин и женщин разнился весьма незначительно: количество женщин и мужчин составило 56% (103/183) и 44% (80/183) соответственно.

Подверженность депрессии руководящих работников возрастной группы до 30 лет (медиана и интерквартильный размах) составила 3 [2; 6] балла, 31–40 лет – 4 [2; 6] балла, 41–50 лет – 5 [3; 8] баллов, 51–60 лет – 5 [3; 7] баллов, более 60 лет – 6,5 [4; 11] балла.

Выявлены статистически значимые различия склонности к депрессии различных возрастных групп руководящих работников здравоохранения (Kruskal-Wallis test: H=13,28 p=0,01).

Наибольший удельный вес – 94,1% среди устойчивых к депрессии руководящих работников составила возрастная группа до 30 лет. Влияние возраста на склонность к депрессии не установлено (p=0,31), при этом, выявлена слабая положительная корреляционная связь между возрастом руководителей здравоохранения (r=0,24) и склонностью к депрессии (p= 0,0002). Наибольшее число устойчивых к депрессии мужчин - руководителей, отмечено к возрастной группе до 30 лет, в которой их удельный вес составил 100%. Доля устойчивых к депрессии женщин была наиболее высока в возрастной группе 31–40 лет – 85,7% и группе до 30 лет – 83%. Подверженность депрессии у мужчин-руководителей здравоохранения статистически значимо выше после достижения ими 50 и более лет (p=0,03), у женщин 60 и более лет (p=0,02) по сравнению с руководителями другого возраста. Установлена средняя положительная корреляционная связь между возрастом и склонностью к депрессии у мужчин – руководителей (r=0,3, p= 0,003). Такая связь у женщин – руководителей была менее выражена (r=0,2, p= 0,002)

Выводы 1. 3/4 руководящих работников здравоохранения устойчивы к развитию депрессии. В большей степени мужчины-руководители, чем женщины, а в совокупности 90% руководителей в возрасте до 30 лет устойчивы к депрессии.

2. Подверженность к депрессии больше выражена у женщин-руководителей. Склонность к депрессии у мужчин-руководителей

Репозиторий ГрГМУ

здравоохранения наиболее выражена после достижения 50 и более лет, у женщин - 60 и более лет.

Таким образом, приобретение устойчивости к профессиональному стрессу через формирование профессиональных компетенций, развитие умений и навыков снятия стрессового напряжения в целях профилактики развития депрессивных состояний остаются актуальными на протяжении всего периода профессиональной управленческой деятельности, вплоть до достижения руководителями возраста 50 лет.

Литература:

1. Амиров, Н.Х. Труд и здоровье руководителей: Монография/ Н.Х. Амиров. – Казань: Геотар-Мед, 2002. – 136 с.
2. Валаханович, С.А. Профилактика стресса и психологическое здоровье руководителя [Текст]/ С.А. Валаханович// Проблемы управления. – 2014. – № 3(52). – С. 78–81.
3. Ваши деловые качества. – Екатеринбург: У-Фактория, 2003. – 304 с.
4. Катков, С.В. Профессиональная диагностика руководящих кадров на предприятии с использованием теста Кеттела 11-PF// Управление персоналом. – 2001. – № 8. – С. 56.
5. Кэмпбэлл, Квик Джеймс. Здоровье руководителя: Глазами газеты «Financial Times» /Квик Джеймс Кэмпбэлл [и др.]; Пер. с англ. – Днепропетровск: Баланс-Клуб, 2003. – 208 с.

ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Ростовцев, Т. И. Терехович, И. Б. Марченкова

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»

Организационная и экономическая модель здравоохранения Республики Беларусь в ее текущем состоянии достаточно эффективно решает задачи лечебной медицины. Поэтому сегодня речь идет не о каком-либо радикальном изменении существующей модели, а о её позитивном развитии. Отсюда, первый главный принцип – это принцип позитивного развития. Принцип позитивного развития предполагает режим максимального сохранения уже работающих, достаточно эффективных и достаточно рентабельных медицинских технологий и режим максимальной поддержки инновационных процессов (инновация – это процесс и результат введения в практическую деятельность новой идеи).

Существующая инновационная политика в области здравоохранения (политика – это система приоритетов распределения ресурсов: интеллектуальных, финансовых, информационных, организационных, юридических и других) не обеспечивает реальной поддержки инновационных процессов в отрасли. Во многом это обусловлено недостаточной инфраструктурной поддержкой инновационных процессов на всех этапах от возникновения идеи до реализации. Отсюда следует второй главный принцип – это принцип инфраструктурного обеспечения инноваций.

Принцип инфраструктурного обеспечения инноваций предполагает создание конкретной организационной структуры для выполнения, а равно и для организации или инициации выполнения работ, включающих системную

Репозиторий ГрГМУ

аналитику актуальных задач развития, сбор инновационных (технологических, организационных, нормативных и других) предложений, проведение экспертных оценок всех инновационных предложений и аналитических материалов, обязательную публикацию предложений и аналитики вместе с их экспертными оценками (например, в журнале «Вопросы организации и информатизации здравоохранения»), консультирование в процессе формирования организационных, нормативных, технологических и комплексных проектов для утверждения в Министерстве здравоохранения и последующей реализации. Для начала, такой организационной структурой может быть группа инновационной аналитики в составе РНПЦ МТ.

Основные проблемы здравоохранения, которые невозможно решить без организационных и технологических инноваций, это проблемы снижения заболеваемости, инвалидизации и сверхсмертности. Обширные данные научно-медицинской литературы и наш опыт системного анализа этих проблем показывает, что их решение в наибольшей степени зависит от развития и применения методов и средств ранней диагностики, включая раннюю диагностику заболеваний и донозологическую диагностику. Отсюда следует третий главный принцип для нашей модели здравоохранения – это принцип приоритета ранней диагностики.

Принцип приоритета ранней диагностики предполагает стимулирование концентрации интеллектуальных, организационных, финансовых и других ресурсов в области инновационного развития методов, средств и организационных форм ранней диагностики заболеваний. Принципиальность приоритета ранней диагностики обусловлена тем, что только ранняя диагностика гарантирует раннее лечение, эффективность которого всегда выше. К ранней диагностике относится не только диагностика латентных и начальных манифестных стадий заболеваний, но также относится и диагностика индивидуальных актуальных рисков заболеваний. Только диагностика индивидуальных актуальных рисков гарантирует своевременную индивидуальную первичную профилактику заболеваний.

Инвазивные методы мало пригодны для массовой ранней диагностики. Неинвазивные методы диагностики включают два основных класса методов: структурные (морфологические) и функциональные методы диагностики.

Структурные (морфологические) методы диагностики включают рентгеновские, ультразвуковые, магнито-резонансные, инфракрасные, оптические и другие методы выявления структурных (морфологических) последствий патологических процессов. Выявляемые последствия патологических процессов (изменения, нарушения и т.п.) оценивают на основе визуального распознавания морфологических изменений или структурных нарушений на соответствующих методу изображениях. Поскольку структурные методы выявляют морфологические последствия уже развившихся и, как правило, достаточно далеко зашедших патологических процессов, они не могут быть пригодны и не могут быть предназначены для

Репозиторий ГрГМУ

решения задач ранней диагностики заболеваний. По сути эти методы предназначены для уточнений характера развития поздних стадий заболеваний.

Функциональные методы диагностики включают ЭКГ, ЭЭГ, фонокардиографию, реографию, спирографию, пневмотахометрию, импедансные и термометрические методы и другие неинвазивные методы выявления функциональных проявлений развития патологических процессов. Эти функциональные проявления оценивают, как правило, на основе измерений параметров соответствующих функциональных процессов. Все методы функциональной диагностики принципиально пригодны для решения тех или иных задач ранней диагностики.

Среди четырех десятков существующих методов функциональной диагностики особое место занимает метод функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики), который основан не на измерениях параметров, а на распознавании спектрально-динамических образов функциональных процессов. Особое место ФСД-диагностики обусловливают следующие технологические характеристики:

- обеспечение ранней диагностики распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний по всем системам организма;
- простота процедуры обследования: пациенту достаточно положить ладонь на электрод;
- быстрота процедуры обследования: время записи пакета динамических спектров составляет 35 секунд;
- прозрачность диагностических данных для интерпретации. Врачу (лечебное дело или педиатрия) требуется две недели обучения.

ФСД-диагностику выполняют с помощью комплекса медицинского спектрально-динамического (КМСД) белорусского и российского производителей (www.kmsd.by и www.kmsd.su). Следуя принципу приоритета ранней диагностики и учитывая технологические характеристики ФСД-диагностики, можно утверждать целесообразность создания на этой технологической основе сети кабинетов ранней диагностики.

Важнейшим компонентом обеспечения эффективности инновационных процессов является экспертиза предложений и проектов. Наилучшим способом экспертизы является сочетание индивидуальной экспертизы докторами и кандидатами наук и экспертных оценок при условии соблюдения всех правил теории экспертных оценок. Наихудшим способом является комиссионная экспертиза. Каждая инновация объективно имеет три стадии своего развития, включая стадию идеи и формирования технологического предложения, стадию разработки и представления проекта и стадию реализации проекта. Каждая стадия инновационного процесса должна быть оформлена отдельным документом. В противном случае просто нечего предъявить на экспертизу. На первой стадии оформляют технологическое предложение, на второй – проект и на третьей – авторский отчет об условиях реализации проекта. Центральным документом инновационного процесса

Репозиторий ГрГМУ

является проект. Отсюда следует четвертый главный принцип – это принцип проектного управления или просто: проектный принцип.

Проектный принцип предполагает разработку и оформление проектов по всем предложениям: технологическим, организационным, экономическим и любым другим, а также сопровождение проектов, включая сетевое планирование, контроль ресурсов и другое. Проектный принцип управления занял за последние полвека лидирующие позиции во многих отраслях. Это называют, также, концепцией проектного управления или просто проектным управлением. Проектное управление принято считать обязательным компонентом инновационных процессов.

Главные принципы, которые мы предлагаем для белорусской модели развития здравоохранения, на самом деле являются универсальными в смысле актуальности для развития здравоохранения в любой стране. Практическая реализация этих принципов зависит, в основном, от способности проводить в жизнь самостоятельную политику развития, а не полагаться на рекомендации международных организаций.

Здоровье населения является стратегическим ресурсом страны, особенно в условиях демографического неблагополучия и это хорошо понимают геополитические противники. Приведем в качестве примера одно из нарушений принципа позитивного развития в части сохранения работающих медицинских технологий. Это пример реформирования (а по сути – ликвидации) республиканской сети Центров здоровья, которая была лучшей в СНГ. Такое реформирование произошло в условиях недостаточного внимания компетентных служб и отсутствия достаточно широкого профессионального обсуждения и высококвалифицированной экспертизы. Именно в Центрах здоровья активно развивались технологии ранней диагностики и технологии индивидуального профилактического консультирования и именно эти направления деятельности оказались полностью утраченными в результате «реформирования».

Изложенное показывает, что созидать необходимо не фиксированную (хотя бы и на определенный период) белорусскую модель здравоохранения, а модель развития белорусского здравоохранения, контуры которой мы представили в виде четырех главных принципов: позитивного развития, инфраструктурного обеспечения инноваций, приоритета ранней диагностики, проектного управления.

Репозиторий ГрГМУ

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ – НОВАЯ МОДЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Л. Г. Роша

Центр реконструктивной и восстановительной медицины
Одесского национального медицинского университета, Украина

На протяжении столетий в Европе университетские клиники были центрами, которые сочетают в себе разработку и использование передовых методов диагностики и лечения, медицинского образования. До 1930г. на территории Советского Союза университетские клиник успешно работали и развивались, далее все были переданы в коммунальную собственность или медицинским университетам. После обретения независимости в Украине начался обратный процесс. В 1996 году первая университетская клиника создана в Донецке. Далее университетские клиники появились в Киеве, Львове, Запорожье, Днепропетровске. В 2004 г. была создана Университетская клиника (УК) Одесского национального медицинского университета. Основными функциями УК, кроме оказания высокоспециализированной и неотложной медицинской помощи, организации учебного процесса студентов и врачей, являются консультативно-диагностическая помощь лечебным учреждениям, научная деятельность и новаторские инициативы, методическая и организационная работа.

Патологоанатомическая служба университетских клиник Европы, Израиля, США относится к самому высокому уровню оказания медицинской помощи, олицетворяет объединение науки и практики, имеет большой потенциал, является образовательными, методическими центрами. Однако в структуре ПАС Украины не согласованы место, функции, задачи и значение университетских клиник, недооценены их потенциал и возможности.

В 2011 году на базе УК была проведена конференция по обмену опытом сознания и функционирования университетских клиник. В том же 2011 году было создано патологоанатомическое отделение (ПАО) УК. До этого момента патологоанатомические исследования проводились на базе одного из отделений Одесского областного патологоанатомического бюро.

Операционный материал и тела умерших доставлялись в ПАО Одесского областного патологоанатомического бюро, расположенное на базе городской клинической больницы №10. В спектр услуг входило плановое патогистологическое исследование операционного и биопсийного материала, проведение аутопсий. Технологический процесс проведения патогистологических исследований был устаревшим, использовались технологии 30-40 летней давности.

Необходимость создания собственного патологоанатомического отделения обусловлена рядом причин: потребность в интраоперационной диагностике образований и краев резекции, оптимизация сроков получения

Репозиторий ГрГМУ

результатов патогистологических исследований, необходимость в проведении научных и исследовательских работ, внедрение современных и передовых технологий, возможность присутствия врачей на аутопсиях. Кроме того, необходимо решить задачи повышения качества патогистологических исследований (постаналитическая стадия процесса) и обеспечения высокого уровня качества слайдов и блоков.

Восстановление и ремонт типового здания ПАО дополнен приобретением необходимого оборудования, мебели (термостаты, микротом, микроскоп, холодильник, холодильная установка, секционный стол, каталка с управляемой платформой, вытяжные шкафы, весы) и расходных материалов. Однако качество забора материала, обработки тканей не отвечали требованиям и ожиданиям персонала.

Следующей задачей была стандартизация исследования, то есть вырезки материала, описания, формулировка заключения. В основном отраслевом приказе патологоанатомической службы Украины (уже отмененном в 09.2015г.) были нормы забора материала, однако они не отвечали требованиям современной онкологии, а протокол обработки тканей устарел. Ввиду отсутствия отечественных современных нормативных актов (стандартов, протоколов) по проведению патогистологических исследований, за основу взяты международные требования к патологоанатомических исследований. Макроскопическое исследование, написание патогистологических заключений новообразований стали выполнятся в соответствии с требованиями College of American Pathologists (CAP). Критерии обоснования диагнозов основаны на данных сборников World Health Organization Classification of Tumours.

Для повышения качества обработки, сокращения времени сделана стандартизация технологического процесса. Разработаны протоколы приема, обработки материала, выдачи результатов исследований и выдачи материала для получения «второго мнения». Изменилась технология – и это отразилось в бланке результатов патоморфологического исследования. Внедрение новых технологий и протоколов требовало их актуализации, поэтому все изменения утверждены.

Проблема качества обработки материала не только изменение реактивов и протоколов. Качество зависит не только от ресурсов, но также от человеческого фактора. Решением является автоматизация процесса. Фиксация проводится на шейкере в термостате. Проводка осуществляется в гистопроцессоре смешанного полузакрытого типа (микроволновая дегидратация, вакуумная сушка и парафинизация). Разлив ткани производится на заливочной станции, охлаждение блоков на криоконсоли.

В процессе улучшения работы внедрили прокрашивание краев резекции красителями, что позволило документировать состояние края резекции. Одновременно наличие краски в срезе является одним из внутренних контролей качества работы лаборанта.

После осмысления системного подхода к вопросам качества патогистологических исследований была разработана и внедрена система

Репозиторий ГрГМУ

менеджмента качества. Заведующая ПАО прошла курсы и стала главным внутренним аудитором УК. Все локальные протоколы УК по онкологической патологии были разработаны с обязательным участием патологоанатома. В 2013г. была освоена хирургия Mohs (новообразования кожи при лимите тканей).

Подтверждением высокого уровня лаборатории является государственная аттестация. В 2014г. патоморфологическая лаборатория ПАО УК была аттестована Министерством здравоохранения Украины по проведению патоморфологических и цитоморфологических исследований сроком на 4 года. В 2015г. нами запатентована модификация хирургии Mosch для рака простаты – разработка индивидуальной карты и панорамное исследование края резекции по задней поверхности простаты.

Освоен метод цитоблоков, это мост между цитологией и патоморфологией, позволяющий из жидкостей и аспиратов клеточный материал фиксировать и обрабатывать, как ткани. Далее возможно исследование всеми методами, доступными гистологии, а также иммуноцитохимии.

Очень важный момент - взаимодействие с ведущими патологами (между учреждениями Украины, международное), обмен мнениями и обучение. В отделении введено правило, что на обучение врач-патолог ездит обязательно командой, вместе с лаборантом. Развитие нашего отделения проходило по цикличному типу. Вначале команда (врач и лаборант) проходит обучение на курсах, циклах, а затем внедряет новые методики и технологии в нашем отделении. Основные вехи усовершенствования такие:

- 2011г. – *курсы* патолога и лаборанта (Ростов-на-Дону) по ручной и автоматизированной иммуногистохимической диагностике;
- 2011г. – *курсы* по цитоморфологической и гистологической диагностике патологии щитовидной железы (Киев); 2012 – внедрение цитоморфологических исследований;
- 2013г. – *обучение* патолога и лаборанта-гистолога в Шиба (крупнейшая больница на Ближнем Востоке, передовой центр медицинских исследований Израиля); с 2014г. внедрение цитоблока, тканевых матриц;
- 2014г. – *курсы* по вопросам контроля качества медицинской помощи, разработка и внедрение системы менеджмента качества.

Совместно с клиническими онкологами, хирургами были разработаны и оформлены патенты: маркировка края биоптатов рака простаты, прогноз течения рака простаты, прогноз возникновения кастрационной резистентности рака простаты, интраоперационное исследование края резекции при радикальной простатэктомии, влияние плазмы, обогащенной тромбоцитами, на формирование соединительной ткани.

Наш опыт доказал необходимость обязательного участия эксперта-патолога в консилиумах, особенно онкологического профиля, ведь обмен клиническими данными и выявления морфологических факторов прогноза - это основа для персонифицированного лечения (определение метода

Репозиторий ГрГМУ

оперативного лечения, назначения таргетной терапии, последовательности назначения лучевой, химиотерапии и оперативного лечения).

Сегодня в отделении работают четыре врача-патолога (все с высшей категорией, два кандидата медицинских наук), три лаборанта, два сотрудника младшего медицинского персонала. Количество патогистологических, цитоморфологических, интраоперационных исследований неуклонно увеличивается. На базе ПАО УК выполняются морфологические фрагменты научных работ кафедр и сотрудников ОНМедУ, а сотрудники отделения активно принимают участие в научных разработках. За 2011-2015гг. сотрудниками ПАО УК было оформлено 5 патентов на полезную модель, 3 патента на изобретение, сделано 14 докладов, проведено 2 мастер-класса, опубликовано 25 тезисов, 18 статей, 2 методические рекомендации, 3 монографии, 1 пособие.

Заведующая отделения – доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом, занятия с врачами-интернами, магистрами проводятся на базе ПАО УК. Также в отделении проходят занятия по тематическому усовершенствованию врачей других специальностей (гинекологи, дерматологи). Возможность демонстрации картины с микроскопа на экран позволяет увидеть и показать все изменения в тканях и органах. Участие курсантов в интраоперационной диагностике оставляет яркие и незабываемые впечатления.

Методическая работа - важный аспект, которым по законодательству должны заниматься патологоанатомические бюро и их организационно-методические отделы. За период работы ПАО УК ни одного информационного письма, методической рекомендации, занятия или какой-либо другой методичкой активности ООПАБ не было. Мы пишем методические рекомендации, составляем протоколы исследований, предлагаем алгоритмы исследований, публикуем работы по организации работы отделения и службы, проведению отдельных видов исследований.

Сегодня основные функции ПАС УК:

- клиническая работа (практическая);
- клинические/прикладные, фундаментальные исследования;
- обучение студентов, будущих патологов, врачей (база последипломного образования);
- консультативная работа;
- научно-методическая.

Перспективы развития ПАО включают в себя несколько направлений. Технологические - необходимо автоматизировать иммуногистохимические исследования, что даст возможность выполнять эти исследования на высоком уровне. Организационные предусматривают, что следующим этапом в усовершенствовании системы качества будет участие в межлабораторных контролях качества. Важным приоритетом признана разработка и внедрение стандартов и протоколов патоморфологических исследований в патологоанатомической службе Украины. Возможно в перспективе создание на базе университетских клиник современных морфологических центров, что

Репозиторий ГГМУ

решит вопрос методического обеспечения ПАС, а также экспертных и консультативных функций.

Планируется участие в работе активной, современной ассоциации специалистов, привлечение и объединение патологов в ассоциации.

Нерешенным вопросом еще является взаимодействие, анализ опыта работы государственных и частных патологоанатомических лабораторий.

Итак, пройден большой путь, выполнено много заданий и решено задач. Реорганизация и развитие патологоанатомической службы в нашей стране необходимы и возможны. Для этого нам не нужны большие ресурсы, нам нужно большое желание.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. П. Русина, В. М. Шейбак

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Эпидемиологические данные по онкологической заболеваемости детского населения Гродненской области не теряют свою актульность на протяжении всего времени их изучения. Отсутствие онкологической настороженности у врача и родителей нередко приводит к драматическим последствиям. Магниторезонансная томография, являясь важнейшим диагностическим методом обследования у пациентов с подозрением на объемный процесс, практически во всех наблюдениях позволяет получить существенную и значимую информацию о четкой дифференциации жидкостных и тканевых образований, определение структуры и локализации патологического процесса.

Цель работы: провести анализ данных по эпидемиологической ситуации злокачественных новообразований брюшной полости и забрюшинного пространства у детей Гродненской области, для дальнейшего обеспечения необходимой работы, нацеленной на профилактику и раннюю и точную диагностику.

Материалы и методы: проведен анализ данных за период с февраля 2014 по апрель 2016 года среди детского населения Гродненской области в возрасте от 0 до 18 лет. Во всех возрастных структурах проанализирована частота онкологической патологии. В работе использованы данные МРТ исследований, проведенных на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

Результаты и обсуждение: в период с 03.02.2014 г. по 30.04.2016 было проведено 125 исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства 96 детям. Из них с подозрением на объемный тканевой процесс поступило 15 детей; у 81спектр патологии был достаточно разнообразный:

Репозиторий ГрГМУ

травматические повреждения, острые процессы брюшной полости, осложнения послеоперационного периода. Тем детям у кого злокачественная патология была исключена проводилось оперативное и консервативное исследование и МРТ выполнялась повторно. В результате проведенных МР-исследований получены данные за наличие объемных образований с тканевыми характеристиками МР-сигнала, у 11 пациентов. Из них одиночное тканевое образование печени - 2, множественное очаговое поражение печени и селезенки неясной этиологии – 1, образование почки (нефробластома?) – 1, образование почки с множественными метастазами в печень - 1, опухоль правой доли печени с распадом и кровоизлиянием - 1, объемное образование яичника (тератома?) - 3, объемный органный и экстраорганный тканевой процесс (лимфома?) - 1, подтвержденная гистологически нейробластома - 1. У четырех детей объемное образование не верифицировано.

Кистоподобные образования были выявлены у 41 пациентов. Среди которых жидкостное образование паранефральной области у 4 детей, жидкостное образование селезенки – у 2 - х, жидкостное образование почки или обеих почек - 14; жидкостное образование печени - 4; жидкостное образование поджелудочной железы - 2, жидкостное образование яичника - 7, жидкостное образование брюшной полости, судить об органопринадлежности которого не представляется возможным у 8 пациентов. Все дети с подозрением на злокачественный процесс органов брюшной полости или забрюшинного пространства были немедленно направлены в РНПЦДОГ.

Выводы. С целью раннего выявления злокачественных новообразований у детей всех возрастных групп необходимо иметь онкологическую настороженность и проводить большую работу, связанную с обеспечением полного обследования пациента, для максимального исключения ошибок как в клинической, лабораторной диагностике, так и инструментальных методов исследования. В этом случае магниторезонансная томография является оптимальным визуализирующим методом, дополняющим другие методы обследования и не несущим лучевой нагрузки.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СИНДРОМА ЭМОЦИАНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В. Г. Саросек

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Работа врача характеризуется постоянным присутствием существенной эмоциональной нагрузки, причина которой лежит в характере профессии подавляющего большинства медицинских работников. Разработка данной проблематики представляется весьма актуальной в связи с прямым отношением синдрома эмоционального выгорания к сохранению здоровья, психической

Репозиторий ГрГМУ

устойчивости, надёжности и профессиональному долголетию специалистов, включённых в длительные межличностные коммуникации. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретённый стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Ответственный характер деятельности медицинского персонала обусловливает различные стрессогенные ситуации, которые создают предпосылки для возникновения синдрома эмоционального выгорания. Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей. Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от пациента, иначе им грозит эмоциональное выгорание. К этому добавляются ещё и вторичные переживания по поводу чужих проблем, вызванные незримым, но ощутимо давящим на плечи грузом ответственности.

Актуальностью и социальной значимостью выбранной темы является сложный характер синдрома эмоционального выгорания, а также разнородность интерпретации его причин и проявлений, требующих поиска исследовательских стратегий и создания соответствующего психологического инструментария. Изучение синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников особенно актуально в период проведения реформ, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности.

Цель работы – изучить влияние личностных особенностей медицинских работников, сельских организаций здравоохранения Гродненской области на формирование у них синдрома эмоционального выгорания в процессе выполнения профессиональной деятельности.

Материалы и методы исследования: с целью изучения распространения синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников сельских организаций здравоохранения, было проведено тестирование 102 респондентов - врачей (терапевты, гинекологи, педиатры и др.) и 106 - среднего медицинского персонала, с последующим анализом результатов обследования. Методика исследования была следующей: вначале было предложено респондентам анонимно ответить на вопросы личностного опросника Айзенка, а затем и теста по определению СЭВ. Личностный опросник Айзенка состоит из 57 вопросов, при помощи которых определяется интровертизм и экстравертизм. Определение СЭВ проводилось с использованием методики «Диагностика эмоционального выгорания» В. В. Бойко (69 вопросов).

Результаты исследования показали, что при проведении тестирования при помощи личностного опросника Айзенка для определения основных свойств личности, выявлено, что среди среднего медицинского персонала экстравертизм наблюдается в 14% случаев, интровертизм – в 57,5%, группа контроля (норма) составила 26,4%.

Анализируя полученные данные, полученные при проведении тестирования при помощи личностного опросника Айзенка, среди врачей, выявлено, что у них в большей степени наблюдается интровертизм - 66%,

Репозиторий ГрГМУ

выраженный интравертизм - 7,3%, экстравертизм - 10% случаев, группа контроля (норма) составила 16,7%.

То есть у большинства респондентов (врачей и среднего медицинского персонала) в результате исследования выражены следующие личностные особенности, являющиеся предрасполагающими факторами формирования эмоционального выгорания: консервативность как особенность интеллекта, низкая самооценка, склонность к чувству вины, чувствительность к замечаниям, повышенный самоконтроль, высокий уровень тревожности, эмоциональность, строгое следование нормам, обязательность, ответственность и др.

На этапе исследования с помощью методики «Диагностика эмоционального выгорания» В. В. Бойко были выявлены уровень сформированности синдрома эмоционального выгорания и ведущие симптомы эмоционального выгорания у медицинского персонала в процессе выполнения профессиональной деятельности.

Первая — «фаза напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность и реакции депрессивного типа. В целом данная фаза не является доминантной среди как врачей, так и среди среднего медицинского персонала. Доминантной данная фаза наблюдается лишь у 12 (11,7%) респондентов-врачей, у 9 (8,5%) респондентов среди среднего медицинского персонала.

Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия. Данная фаза наиболее выражена у данных респондентов в общем, если сравнивать все три фазы вместе. У врачей-респондентов данная фаза выражена у 83 (80,6%) человек, среди респондентов среднего медицинского персонала данная фаза выражена у 87 (82,1%) человек.

Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности, склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны системы кровообращения и других физиологических систем. Данная фаза выражена у 11 (10,7%) врачей-респондентов и у 12 (11,3%) респондентов среди среднего медицинского персонала.

Репозиторий ГрГМУ

Анализируя такой показатель как нейротизм у врачей, характеризующий нервно-психические процессы, имеем следующую картину. Средний уровень нейротизма характерен для 63,7% респондентов, высокий уровень - 26,7%, низкий уровень - 9,6%. Среди респондентов среднего медицинского персонала наиболее выражен высокий уровень нейротизма который составил 47,6%. В 11,4% случаях наблюдается очень высокий уровень нейротизма, в 27,6% - средний уровень нейротизма, в 13,3 % - низкий уровень нейротизма.

Следовательно, у большинства врачей и среднего медицинского персонала наблюдается эмоциональная неустойчивость, нестабильность нервно-психических процессов.

Заключение. Таким образом, чем больше эмоциональная напряжённость и длительность деловых контактов, тем больше вероятность психической деформации индивидуумов, работающих в системе здравоохранения. В этой связи в целях сохранения потенциалов социально-психологического здоровья у медицинских работников особую актуальность приобретает разработка технологии купирования и профилактики синдрома эмоцианального выгорания посредством организации развития, управления межличностными отношениями в трудовом коллективе и повышения коммуникативной культуры.

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ ОРИЕНТАЦИИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

С. П. Сивакова, Г. Д. Смирнова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема здоровья и изучение ценностно-смысловой ориентации, взглядов, представлений студентов, влияющих на подготовку будущих специалистов, их реальное поведение и формирование личностно-заинтересованного отношения к своему здоровью, несомненно, превращается в настоящее время в одну из важных составляющих процесса профессионального образования. Особенно ценностно-смысловая ориентация важна для воспитания мотивационного подхода к формированию здоровья у молодежи, получающей медицинское образование, что является необходимым условием успешности их профессиональной социализации и поэтому в их обязанности входит профилактическая работа с населением, включающая, в частности, профилактику девиантных форм поведения молодёжи.

На эмоционально-оценочном уровне в ценностно-смысловой ориентации молодежи выявляются противоречия в ее оценках, а сама система ценностных предпочтений в отношении здоровья является динамичной, внутренне противоречивой, неоднородной. Поэтому изучение в динамике изменений, происходящих в сознании современной молодежи, представляют значительный практический интерес и требуют обоснование

Репозиторий ГрГМУ

валеологического сопровождения процесса обучения [1].

Цель. В сравнительном аспекте, с использованием социолого-диагностических методов, изучались динамика приоритетов формирования у молодежи активной жизненной позиции в отношении к осознанному выбору жизненных ценностей и факторам, формирующим здоровье, а также причины их трансформации.

Материалы и методы. Методами валеолого-гигиенической диагностики проведена сравнительная аналитическая оценка ценностно-смысловой ориентации у 1514 респондентов (*студентов медицинского университета, учащихся медицинского колледжа и гимназии*). Полученные результаты обрабатывались с использованием пакета прикладных программ.

Результаты. Как показали результаты проведенного исследования, за десять лет увеличились показатели большинства значений ценностно-смысловой ориентации молодых людей. Изучение вопроса о личных качествах, необходимых для достижения успеха в жизни, показало, что 92% молодых людей отдали своё предпочтение целеустремлённости; 80% – профессионализму в своём деле, а 62% –считают, что для достижения успеха необходимо стремление получать больше знаний. Десять лет назад 54,3% респондентов надеялись на удачу, личные способности и помощь влиятельных лиц.

Анализ приоритетов выбора ценностных жизненных ориентаций, показывает, что молодежь отдает предпочтение материальной обеспеченности, образованию, уверенности в себе и своему внешнему виду. Современная молодежь, как и 10 лет назад, на первое место ставит материальную обеспеченность, на второе – любовь и развлечения, на третье – образование и интересную работу. У сверстников 10 лет назад третье место было отведено внешнему виду и уверенности в себе. Работа занимает одну из лидирующих позиций в иерархии ценностных приоритетов молодежи, поскольку именно работа позволяет реализовать свой потенциал, раскрыть свои таланты, а также обеспечить материальный достаток. Как показали данные исследований, число молодых людей, считающих, что работа занимает очень важное место в их жизни, увеличилось с 26,1 % (2005 г.) до 52,9 % (2015 г.).

Мотивы выбора места работы играют важную роль в определении ценностных приоритетов в сфере занятости. В современных условиях молодые люди по-прежнему на первое место в данной иерархии ставят высокую заработную плату, при этом в среднем 47,8% (2005 г., 2015 г.) представителей молодого поколения считают унизительным получать деньги, которые не заработали. Растет число молодых людей, ориентированных на творческую самореализацию, перспективную работу, соответствующую способностям.

Более половины (51,2%) молодых людей не согласны с тем, что работа должна быть на первом месте, даже если остается меньше свободного времени. Досуг – еще одна базовая ценность для нашей молодежи, значимость которой возрастает как своеобразная форма воплощения свободы:

Репозиторий ГрГМУ

с одной стороны, предоставляет возможность уйти от социальной регламентации, обязанностей и ответственности, с другой – найти нишу для свободной самореализации и самоидентификации. По результатам исследования 2015 г., в свободное время молодежь предпочитает отдыхать (95,6 %), встречаться с приятными людьми (85,3 %), делать то, что хочется (71,2 %), узнавать что-нибудь новое (54,8 %).

К сожалению, в шкале жизненных ценностей, как и раньше, здоровье, как у студентов, так и у школьников и учащихся колледжа занимает только шестое место. Однако многие студенты отметили, что наличие здоровья дает уверенность в себе, способствует самореализации, помогает в решении проблем (табл. 1).

Таблица 1 - динамика жизненных ценностей молодежи.

		беспечная жизнь и материальная обеспеченность	любовь и развлечения	образование и интересная работа	семья и счастье других	красота и уверенность в себе	здоровье	дружба	познание, развитие и творчество
2015 год	студенты медицин-ского университета	93,5 ±0,03	89,5 ±0,04	84,3 ±0,06	79,2 ±0,01	57,8 ±0,01	54,1 ±0,09	44,6 ±0,01	33,1 ±0,01
	учащиеся гимназии и медицинского колледжа	91,4 ± 0,04	89,9 ±0,05	88,1 ±0,03	89,2 ±0,04	78,5 ±0,08	46,9 ±0,04	45,1 ±0,02	44,3 ±0,07
2005 год	студенты медицинского универси-тета	83,7 ±0,03	76,5 ±0,05	54,3 ±0,06	66,5 ±0,03	77,9 ±0,01	58,3 ±0,07	54,1 ±0,08	33,1 ±0,04
	учащиеся гимназии и медицинского колледжа	88,1 ± 0,01	73,6 ±0,07	57,3 ±0,09	69,9 ±0,07	78,1 ±0,08	55,1 ±0,02	44,3 ±0,07	54,1 ±0,01

Среди ближайших планов на будущее у четверти респондентов остается образование, а всего 10 лет назад приоритетом было создание семьи. В настоящее время только 12,4% молодых людей планируют сделать это в ближайшие год - два. Хотели бы, чтобы будущая семья была похожа на родительскую только 24,6% респондентов, хотя 76,9% постоянно беседует об этом со своими друзьями.

Оптимальным возрастом для вступления в брак молодежь считает возраст от19 до 20 лет. Разница возраста в браке должна составлять не более 5 лет. Многие респонденты считают, что брак - это союз на всю жизнь. Тем не менее, большинство представителей молодого поколения (38,5 % в 2005 г., 75,8 % в 2015 г.) толерантно относятся к тому, что два человека живут вместе,

Репозиторий ГрГМУ

не состоя в официальном браке, хотя религиозное обоснование брака необходимо для 86% молодежи.

Оценивая участие мужчины и женщины в организации семейной жизни, большинство отмечает женский приоритет, при этом основной трудностью в семейной жизни для них является психическая и эмоциональная совместимость. Однако, за последние 10 лет значимость материального благополучия возросла: в 2015 году для 87,6% респондентов стал важным высокий уровень дохода, обеспеченность хорошим жильем и проживание отдельно от родственников (соответственно в 2005 году – для 45,6%). При этом большинство молодых людей (71,7 % в 2005 г., 93,1 % в 2015 г.) считают, что оба супруга должны вносить материальный вклад в домашнее хозяйство.

Оптимальным для всех респондентов в браке иметь двух детей считают 56,7%. Десять лет назад этот процент был выше (77,4%), зато трое и более детей хотят иметь уже 15,8% (для сравнения десять лет назад только 2,6%). При этом 96,5% считают, что их появление необходимо планировать.

Проблематическим моментом семейной культуры студентов является определенная противоречивость между идеальным образом семьи и реальными ценностно-смысловыми ориентациями студентов. Анализ данных, полученных при проведении теста Айзенка, показал, что средние статистические показатели тревожности десять лет назад были выше, а показатели общительности ниже (табл. 2):

Таблица 2 - динамика показателей тревожности и общительности.

		тревожность M±m	общительность M±m
2015год	студенты медицинского университета	16,6 ± 0,05	18,5 ± 0,01
	учащиеся гимназии и медицинского колледжа	16,2 ± 0,02	17,3 ± 0,03
2005 год	студенты медицинского университета	17,3 ± 0,07	15,4 ± 0,06
	учащиеся гимназии и медицинского колледжа	17,1 ± 0,02	15,2 ± 0,03

Знания по вопросам взаимоотношений в семейной жизни современная молодежь в основном получает из средств массовой информации (99,1%), от родителей (77,5%). На обсуждение этой проблемы с друзьями указали 36,6% молодых людей. В проведении специальных занятий перед созданием семьи нуждаются 87,8% респондентов.

Выводы: В современном обществе процесс социализации молодежи осложняется трудностями, которые возникают вследствие переоценки традиций, норм и ценностей. Полученные данные свидетельствуют об определенных нравственных изменениях в выборе ценностной ориентации студентами. Преобладание позитивной ценностно-смысловой ориентации у студентов, показывает, что часто они воспринимаются в эмоциональном аспекте и рассматриваются как внутренний компонент, представляющий их

Репозиторий ГрГМУ

взгляд на жизнь.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости непрерывного валеолого-гигиенического образования в медицинском университете, где акценты должны быть сделаны на фундаментализацию его содержания и формирования у будущих врачей специалистов методологической культуры и творческого овладения методами диагностики здоровья и профилактики для применения их в практической деятельности.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРОФИЛАКТИКИ СТАРЕНИЯ

Н. С. Слободская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В 21 веке во всем мире отмечается интенсивное старение населения. В Республике Беларусь доля лиц старше 65 лет приближается к 15%. На фоне низкой рождаемости и увеличения средней продолжительности жизни ее население будет продолжать стареть. Более половины пациентов, обращающихся за медицинской помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. Под явлением старения понимаются все морфологические, биохимические, функциональные и психические изменения, возникающие в результате влияния времени на организм. На каждом этапе онтогенеза в связи с конкретными особенностями адаптационных возможностей организма создаются свои предпосылки к развитию какой-либо возрастной патологии. К старости болезни накапливаются, приобретают возрастные особенности течения и из-за снижения приспособительных возможностей становятся причиной гибели организма. Старение создает основу для неизбежного развития болезней, в связи с этим можно сказать, что старость - переплетение физиологического и патологического. Старение характеризуется сочетанием нескольких заболеваний, имеющих хроническое течение и плохо поддающихся лечению. Существует неразрывная связь старения и болезней, не означающая их тождества. Типичными для позднего возраста являются заболевания, связанные с изменениями органов в результате старения, а также присоединяющимися дегенеративными процессами под влиянием различных факторов внешней среды. К наиболее частым заболеваниям пожилых и старых людей относятся заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, онкологические заболевания. Самым неприятным последствием имеющихся заболеваний является развитие старческой немощи, при которой постоянно требуется посторонняя опека и помощь.

Однако, наряду со старением в организме действует процесс витаукта, который стабилизирует жизнедеятельность организма, повышает его надежность, направлен на предупреждение повреждения живых систем с возрастом и увеличение продолжительности жизни. Это обосновывает поиск оптимального образа жизни, экологических условий, замедляющих темпы

Репозиторий ГрГМУ

старения. Поэтому все больший акцент необходимо делать на профилактической работе врачей, в особенности врача общей практики или участкового терапевта. Выдвижение на первый план широких социально-профилактических мероприятий, усиление внимания к здоровому человеку с тем, чтобы предотвратить у него преждевременное старение и возникновение заболеваний, особо поднимает роль врача в общей системе мер профилактики. Доверительное отношение к врачу и его авторитетное мнение становится основным источником информации о здоровье. Общепризнано, что важную роль в долголетии человека играет образ жизни. При этом физическое здоровье - один из существенных факторов, определяющих образ жизни стареющего человека, его способность адаптироваться к новым условиям жизни. Однако, успешное проведение любых оздоровительных мероприятий возможно лишь в том случае, если само население будет правильно понимать и содействовать их проведению. Хоть предотвращать старение и исправлять индивидуальные генетические особенности медицина еще не научилась, имеется множество рекомендаций по организации здорового образа жизни, предотвращающего преждевременное старение. Остановимся на некоторых первостепенных факторах образа жизни, которые имеют существенное значение в обеспечении здоровья и долголетия стареющего человека. Они включают рациональное питание, поддержание нормальной массы тела и борьбу с ожирением, регулярные физические нагрузки, отказ от курения и ограничение количества потребляемого алкоголя.

Один из главных пунктов программы долголетия - рациональное питание, которое предполагает сбалансированное поступление в организм с пищей необходимых для его нормальной жизнедеятельности питательных веществ, витаминов и минералов. Согласно нашим исследованиям питание жителей западных регионов Беларуси, особенно пожилого возраста является недостаточно сбалансированным с дефицитом поступления многих витаминов и минералов [2]. Даже при физиологической старости, не осложненной каким-либо патологическим процессом, происходят сдвиги обмена веществ. При этом путем изменения характера питания можно воздействовать на обменные процессы и адаптационно-компенсаторные возможности организма, замедлив темпы старения. Важными принципами питания пожилых людей являются регулярный прием пищи, исключение длительных перерывов между ними, исключение обильных приемов пищи. Необходимо ограничить потребление животных жиров и простых сахаров, увеличить потребление овощей и фруктов. Предпочтение следует отдавать легко перевариваемым и всасываемым продуктам и блюдам. Для здоровых людей старшего возраста нет запрещенных продуктов и блюд, а только более или менее предпочтительные.

В гигиене старости первостепенное значение имеют умеренные, правильные ежедневные физические упражнения. Постоянныйконтроль за состоянием своего тела и систематические упражнения по укреплению мышц обязательны для обеспечения активного долголетия. Считается, что в

Репозиторий ГрГМУ

повседневной жизни человек реализует не более половины своих максимально возможных физических сил. У человека оптимальный уровень двигательной активности способствует сохранению даже в пожилом возрасте достаточно высоких показателей обмена веществ и энергии, тонуса мышц, снижению интенсивности связанных с возрастом патологических процессов, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, повышению кровоснабжения мозга и улучшению функции центральной нервной системы. Чтобы затормозить процесс истощения функций организма, его старения, необходимо заставлять его работать. Если же этого не происходит, то отдельные органы атрофируются, утрачивают свою жизнеспособность и в конце концов становятся непригодными для выполнения своих функций. Экспериментальным путем доказано, что активные физические упражнения содействуют укреплению сердца, органов дыхания, помогают избавиться от лишнего веса, снижают уровень холестерина, нормализуют кровяное давление, предотвращают развитие диабета. Изучение качества жизни пациентов показало его прямую зависимость с мышечной силой пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью [1]. Неверную позицию занимают те, кто с возрастом начинают резко ограничивать свою физическую активность, полагая, что тем самым они оберегают собственное здоровье. Но именно такой образ жизни и ведет к преждевременному старению.

Сон играет важнейшую роль в обеспечении долголетия. Для пожилого человека активный образ жизни днем имеет особое значение в предотвращении бессонницы. Устойчивые нарушения в режиме сна ускоряют процесс старения. Сон должен быть спокойным и восстанавливать жизненные функции. Статистические демографические данные указывают на минимальную смертность людей при 7-8 часовой длительности сна. Это связано с тем, что многие биоритмы организма синхронизованы с циклом сон-бодрствование. С возрастом происходит самопроизвольная десинхронизация биоритмов, а нормальный сон является синхронизирующим фактором. Максимальная смертность людей наблюдается осенью и зимой. Известно, что сон короче весной и продолжительнее осенью. Поэтому оправдан традиционный режим долгожителей: вставать после восхода и ложиться после захода. Наибольшее число мест долгожительства наблюдается около 10° северной широты, то есть в области, где наблюдаются не сильно меняющиеся в течение года значения длительностей периодов дня и ночи.

Несмотря на актуальность вопроса здоровья не все пожилые люди готовы отказаться от своих вредных привычек, к которым следует отнести курение и злоупотребление алкоголем. Необходимо помнить, что отказ от курения в любом случае стресс для организма и для людей преклонного возраста может иметь серьезные негативные последствия. Поэтому для вредной привычки следует подыскать здоровую альтернативу. Главными помощниками в этом служит семья, близкие родственники, а также социальные службы.

Репозиторий ГГМУ

Среди мер профилактики преждевременного старения большая роль отводится умению справляться со стрессами и депрессией. Благотворное влияние психической саморегуляции на укрепление и сохранение здоровья общеизвестно. Владение ее приемами в пожилом возрасте становится особенно важным для поддержания стабильного функционирования психики, эмоционального спокойствия, в целом уравновешенного и сосредоточенного самовосприятия, защиты от негативных воздействий извне. Оно помогает избавляться от устойчивого психического и телесного напряжения, а также возвращать психическое равновесие в случаях его ситуативного нарушения под воздействием тех или иных негативных воздействий. Среди известных методик психической саморегуляции, хорошо зарекомендовавшей себя на практике и вполне доступной людям пожилого возраста, можно упомянуть аутогенную тренировку.

Таким образом, для успешного предупреждения заболеваний и преждевременного старения необходимо проводить санитарно-профилактическую работу как медицинскими работниками, так и работниками социальных служб. Особое внимание следует уделять борьбе с неправильным питанием, малоподвижным образом жизни, курением, злоупотреблением алкоголем, борьбе со стрессами депрессией.

Литература

1. Морголь, А.С. Взаимосвязь качества жизни и показателей мышечной силы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / А.С. Морголь, Н.С. Слободская, Л.В. Кежун, А.Г. Гуж // Вопросы экспериментальной и клинической физиологии: сб. науч. тр., посвящ. 100-летию со дня рождения Аринчина Николая Ивановича.- Гродно : ГрГМУ, 2014.- С.222-225
2. Слободская, Н.С. Потребление с продуктами питания витаминов и минералов жителями западного региона Беларуси / Н.С. Слободская, Л.В. Янковская, В.В. Поворознюк, Н.И. Балацкая // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр.- Минск, 2014.- Вып. IV.- С.271-274

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ

Л. М. Смирнова

УО « Гродненский государственный медицинский университет»

На сегодняшний день основными причинами, провоцирующими болезни и преждевременную старость считаются: воспаление; окислительный процесс; низкая активность иммунной системы.

Что такое воспаление и низкий иммунитет известно. Когда говорится об окислительном процессе, или свободнорадикальном окислении – это, прежде всего, разрушительные реакции способствующие укорочению теломеров (ДНК) и соответственно продолжительности жизни. Чем же их «подкормить», чтобы они продлили нашу жизнь.

В поддержании качественной структуры ДНК (теломеров) одну из ключевых ролей играет биохимический процесс, называемый метилированием. Для его нормального протекания в организм должны

Репозиторий ГрГМУ

поступать доноры метильных групп: метионин, холин и метилсульфонметан. У них очень важные функции: синтез ДНК, подавление воспалительных процессов, сжигание жира, поддержание водно-солевого баланса в клетке.

Аминокислота метионин содержится в яйцах, печени, орехах. Хорошим источником являются крупы: гречневая, перловая, пшеничная, овсяная. В молочных продуктах метионина мало.

Холин – это витаминоподобное вещество иначе его называют витамином B_4.. Присутствует он в основном в пророщенных злаках, белокочанной капусте, картофеле, шпинате, яйцах, мясных продуктах.

Метилсульфонметан – больше его в сыром молоке, но при кипячении и пастеризации содержание резко падает. Получить его можно практически из всех сырых продуктов особенно из зеленных листовых овощей или минимально обработанных (на пару).

Для выполнения своей функции выше приведенным донором метильным группам необходимы также витамины B_6, B_{12}, B_9 (фолиевая кислота).

Витамин B_6 содержится в курином мясе, свинине, рыбе, печени, сельди, грецких орехах. Для вегетарианцев источником витамина являются орехи, особенно грецкие и арахис. В овощах и фруктах его содержание небольшое.

Витамин B_{12}, как известно, находится в животных продуктах животного происхождения: мясе, печени, моллюсках, ракообразных. Есть продукты, обогащенные эти витамином (указанно на этикетке).

Фолиевой кислотой богаты зеленые овощи: шпинат, брокколи, чечевица, бобовые, мука из цельных сортов пшеницы, мед. При кипячении содержание фолиевой кислоты резко снижается.

Витамин Д очень важен для поддержания длины теломер и продолжительности жизни. Исследования показал, что при употреблении максимально допустимой дозы витамина Д, женщины живут на 5 лет дольше тех, кто его не принимал. Даже при регулярном употреблении богатых этим витамином продуктов необходимую суточную дозу обеспечить сложно.

Необходимым для многих процессов в организме является магний. Без него нарушаются информационные связи, магний необходим для нормальной функции ферментов, обеспечивающих в клетках деление ДНК и восстановление ее при повреждениях. Он необходим также тем, чья работа связана с постоянной стрессовой ситуацией.

Недостаток магния быстро приводит к укорочению теломеров, тяжелым болезням и преждевременной старости. Магний содержится в овсянке, бобовых, грибах, шоколаде. В различных соотношениях (1:2 и 1:2,5) необходимы жирные кислоты омега-3 и омега-6.

Магний содержится в овсянке, тыквенных и подсолнечных семечках, орехах, грибах, шоколаде.

Функции цинка чрезвычайно многообразны, прежде всего это катализатор до 200 реакций в организме при недостатке в цепочка ДНК появляются разрывы – путь к укорочению теломера и старению. Продуктов содержащих цинк большое разнообразие: около 0,25 мг/кг содержат яблоки,

Репозиторий ГрГМУ

апельсины, лимоны, инжир, малина, черная смородина, спаржа. Цинк содержится в зерновых, в луке, чесноке, неочищенном рисе. Существует факт – как правило продукты богатые цинком, богаты и витаминами группы В.

Необходимость жирных кислот омега-3 и омега-6 уже ни для кого не новость. Для подержания полноценного здоровья необходимы они обе. Омега-6 в избытке содержится во всех готовых продуктах большое содержание её во всех растительных маслах, особенно в подсолнечном, кукурузном и самое важное – нерафинированных. Омега-3 в изобилии содержится во всех морепродуктах, особенно ее в жирной северной морской рыбе, включая водоросли.

Из растительных продуктов омегой-3 богаты льняное и рапсовое масло, дыня, тыква, брокколи и другие виды капусты, виноградные листья.

Надо еще помнить, что максимальную пользу можно получить из свежих и свежеприготовленныхпродуктов, так как жирные кислоты омега-3 очень неустойчивые соединения и легко разрушаются на свету, при жарке и засолке.

Антиоксиданты необходимы для долгих лет жизни без болезней, их важнейшая функция – подавление свободнорадикального окисления и поддержание структуры хромосом. Этим действием обладают многие вещества, среди них: цистеин, метионин, токоферол, витамин С, глутатион.

Большое количество природных антиоксидантов содержится во многих растительных продуктах, главное условие их сохранения – не переваривать и по возможности есть сырыми: черника, клюква, облепиха, чернослив, яблоки, смородина, морковь, тыква, орехи и семена, шиповник, куркума.

Теломеры – называют счетчиками долголетия: чем короче теломерный «хвост», тем «старше» клетка. Рецепт удлинения теломеров: правильное питание, физическая активность и контроль стресса.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Л. Г. Соболева

ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

Введение: Родительский дом для ребенка - первая, главная и ничем не заменимая школа жизни. Именно семья оказывает решающее влияние на развитие личности, закладывает фундамент человеческих качеств. И чтобы фундамент этот был прочным, семья должна быть благополучной. Семейное благополучие во многом зависит от того, является семья полной или неполной [1]. Неполная семья является наиболее проблематичной и уязвимой в воспитательном плане. Ее удельный вес в числе других семей довольно высок. На основе статистических данных можно заявить, что большинство правонарушителей – выходцы из неполных семей. Кроме того, атмосфера

Репозиторий ГрГМУ

неполной семьи делает более высоким риск приобщения детей к алкоголю и злоупотреблению им.

Неполная семья способна оказывать негативное влияние на успеваемость детей, их нравственный облик, активность, будущую жизненную позицию, подготовку к семейной жизни и т.д.

Главный фактор, определяющий воспитательную неполноценность неполной семьи – морально-психологический. В неполной семье значительно чаще оказываются ограниченными отношения между матерями и детьми-подростками. Детям обычно одинаково дороги оба родителя, они испытывают потребность в любви к ним и в равной степени нуждаются в ней и с их стороны. С точки зрения воспитания чувств и их закрепления в личности это чрезвычайно важно. Ведь отец и мать в воспитании существенно дополняют друг друга. Каждый человек, имея свою индивидуальность, приносит с собой в семью неповторимое многообразие чувств и мыслей, интересов и знаний, действий и поступков. И вся эта разнообразная сторона жизни в семье нарушается при отсутствии одного из родителей и никем и ничем не возместится.

Проблемы семьи довольно мало изучены, и надо продолжать вносить что-то новое в их изучение. Семья – главный источник всех правильных поступков на жизненном пути личности и искоренение ошибок в воспитании является возможным [2, 3].

Цель: изучить особенности образа жизни учащихся из полных и неполных семей

Материалы и метод: В исследовании приняло участие 100 учащихся. Были сформированы две группы учащихся. Первую группу составили учащиеся УОСО из полных семей, 2 группу – учащиеся из неполных семей. Образ жизни учащихся младшего (1-4 классы), среднего (5-8 классы) и старшего школьного возраста (9-11 классы) оценивался по следующим показателям: продолжительность выполнения домашнего задания, ночного сна, пребывания на свежем воздухе, нарушение режима питания, курение, употребление спиртных напитков. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты и обсуждение:

Первоначально мы сравнили средние значения учащихся выделенных категорий, рассчитанные для двух групп с помощью t-критерия Стьюдента. Статистическую значимость различий между средними значениями можно интерпретировать как влияние состава семьи (полная или неполная семья) на образ жизни учащихся (младших школьников, подростков, старших школьников). Статистически значимые различия удалось выявить только между показателями средней длительности ночного сна учащихся 1-4 классов ($t=2,30$; $p<0,05$). Следовательно, учащихся 1-4 классов из неполных семей в среднем имеют большую продолжительность ночного сна. Возможное объяснение –

Репозиторий ГрГМУ

более чуткое отношение к маленьким детям в неполной семье (нередко после развода родителей).

Различий в образе жизни (режим питания, употребление алкоголя) младших школьников из полных и неполных семей не выявлено.

Для оценки различий в образе жизни учащихся 5-8 классов из полных и неполных семей мы сравнили соответствующие процентные доли испытуемых, которые употребляют алкоголь, курят и не соблюдают режим дня. Статистический анализ данных, позволяет сделать выводы о том, что учащиеся 5-8 классов из неполных семей значительно чаще курят (φ=6,9; $p<0,01$) и употребляют алкоголь (φ=5,39; $p<0,01$). Очевидно, что учащихся 5-8 классов из неполной семьи можно отнести к группе риска по курению и употреблению алкоголя.

Мы также оценили, как влияет наличие полной и неполной семьи на употребление алкоголя, курения и несоблюдения режим дня среди учащихся 9-11 классов. Статистический анализ данных, позволяет утверждать, что старшеклассники из неполных семей статистически значимо чаще курят (φ=5,83; $p<0,01$); употребляют алкоголь (φ=1,96; $p<0,05$); питаются, как придётся (φ=3,27; $p<0,01$). Следовательно, именно для учащихся 9-11 классов особое значение имеет структура семьи. Неполноценная семья, которой нередко является неполная семья, способствует расширению употребления учащимися алкоголя, табакокурения, нарушений в режиме питания.

На следующем этапе для каждой группы мы выделили категории учащихся (1-4 классы, 5-8 классы, 9-11) и в целом для каждой из двух групп участников исследования с низкими и высокими результатами по диагностируемым показателям – длительность выполнения домашнего задания, длительность ночного сна, длительность прогулок (время пребывания на свежем воздухе).

Мы сравнили процентные доли низких значений учащихся в двух группах по изучаемым показателям: 1) минимальное время выполнения домашнего задания – до 1 часа; 2) длительность ночного сна – до 8 часов; 3) длительность пребывания на свежем воздухе – до 2 часов. В результате были установлены следующие различия:

– процент учащихся, которые тратят минимальное время на выполнение домашнего задания, статистически достоверно больше для полных семей, чем для неполных (φ=3,34, $p<0,01$);

– процент учащихся, которые тратят минимальное время на ночной сон – до 8 часов, статистически значимо больше для неполных семей, чем для полных (φ=2,13, $p<0,05$).

Объяснить выявленные закономерности можно тем, что, с одной стороны родители в полной семье имеют возможность помочь ребёнку в выполнении домашнего задания; с другой стороны, в неполной семье ребёнок нередко вынужден помогать по хозяйству (неполные семьи, как правило, имеют более низкий уровень материального благополучия).

Далее мы сравнили процентные доли высоких значений учащихся в двух группах по изучаемым показателям: 1) максимальное время выполнения

Репозиторий ГГМУ

домашнего задания – более 3,5 часов; 2) длительность ночного сна – более 10 часов; 3) длительность пребывания на свежем воздухе – более 3 часов. Статистически значимых различий между учащимися из полных и неполных семей по сравниваемым показателям не выявлено.

Также мы сравнили процентные доли низких значений учащихся 1-4 классов в двух группах по изучаемым показателям: 1) минимальное время выполнения домашнего задания – до 1 часа; 2) длительность ночного сна – до 10 часов; 3) длительность пребывания на свежем воздухе – до 3 часов.

Установлено, что процент учащихся с минимальным временем выполнения домашнего задания статистически значимо больше для полных семей, чем для неполных (φ=2,21, $p<0,05$). Таким образом, учащиеся 1-4 классов в полной семье имеют возможность быстрее выполнять домашнее задание (при помощи и поддержке родителей).

Максимальные значения по изучаемым показателям для учащихся 1-4 классов рассматривать нет необходимости. В силу возраста для них не характерно длительное время подготовки домашнего задания. Можно отметить, что примерно для 27% учащихся 1-4 классов из неполных семей длительность ночного сна составляет более 11 часов, что не отмечается для полных семей. Объяснением этому может служить недостаточное внимание к детям в неполной семье (ввиду занятости матери).

Далее мы сравнили процентные доли низких значений учащихся 5-8 классов в двух группах по изучаемым показателям: 1) минимальное время выполнения домашнего задания – до 1,5 часа; 2) длительность ночного сна – до 9 часов; 3) длительность пребывания на свежем воздухе – до 2,5 часов. Статистически значимых различий между учащимися 5-8 классов из полных и неполных семей по сравниваемым показателям выявлено не было.

Затем мы сравнили процентные доли высоких значений учащихся в двух группах по изучаемым показателям: 1) максимальное время выполнения домашнего задания – более 2,5 часов; 2) длительность ночного сна – более 10 часов; 3) длительность пребывания на свежем воздухе – более 3 часов.

Было выявлено, что процент учащихся 5-8 классов с максимальной длительностью ночного сна статистически значимо больше для неполных семей, чем для полных (φ=1,90, $p<0,05$). Таким образом, учащимся 5-8 классов в неполной семье родители уделяют меньше внимания, что могло повлиять на продолжительность ночного сна.

При сравнении процентных долей низких значений учащихся 9-11 классов в двух группах по изучаемым показателям: 1) длительность ночного сна – до 8 часов; 2) длительность пребывания на свежем воздухе – до 2 часов было выявлено, что процент учащихся с минимальной длительностью ночного сна статистически достоверно больше для неполных семей, чем для полных (φ=2,57, $p<0,01$). Большое количество учащихся из неполных семей с минимальной продолжительностью ночного сна может объясняться недостаточностью родительского контроля.

Заключение. Установлены существенные отличия в образе жизни учащихся из полных и неполных семей. У детей младшего школьного возраста

Репозиторий ГрГМУ

из полных семей продолжительность выполнения домашнего задания минимальная, что соответствует рекомендуем нормам (φ=2,21, $p<0,05$). Дети среднего школьного возраста из неполных семей имеют максимальную продолжительность ночного сна (более 10 часов), (φ=1,90, $p<0,01$), значительно чаще курят (φ=6,9, $p<0,01$) и употребляют алкоголь (φ=5,39, $p<0,01$), чем в полных семьях. Дети старшего школьного возраста из неполных семей статистически значимо имею минимальную продолжительность ночного сна (φ=2,57, $p<0,01$), в 5 раз чаще курят (φ=5,83, $p<0,01$), в 1,4 раза чаще употребляют алкоголь (φ=1,96, $p<0,05$), в 2,4 раза чаще не соблюдают режим питания, питаются по принципу «как придётся» (φ^*=3,27, $p<0,01$).

Литература:

1 Буянов, М. И. Ребенок из неблагополучной семьи / М. И. Буянов. – К. : Просвещение, 2004. – 207 с.

2 Литвишко, Ю. С. Влияние неполной семьи на становление личности [Электронный ресурс] / Ю.С. Литвишко. – Режим доступа: www.rusnauka.com. – Дата доступа: 02.04.2016.

3 Русакова, Ю. А. Особенности социальной работы с неполными семьями [Электронный ресурс] / Ю.А. Русакова. – Режим доступа: www.scienceforum.ru. – Дата доступа: 02.04.2016.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ» В УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Г. В. Солонец, Н. Н. Луговцова, И. В. Гавриленко

УО «Гомельский государственный медицинский колледж»

Введение. Здоровый человек – высшая ценность и национальный приоритет.

Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко в своих выступлениях неоднократно отмечал здоровье как важную составляющую качества жизни человека, а также то, что здоровый образ жизни вместе с развитой системой отечественного здравоохранения должен способствовать формированию здоровой нации.

Из доклада министра здравоохранения Республики Беларусь В.И. Жарко на Европейской конференции ВОЗ (21-22 октября 2015 года): «Здоровье человека является величайшим благом, естественной, абсолютной и непреходящей ценностью, которая определяет социально-экономическое развитие страны. С другой стороны, здоровье - самое дорогое, что есть у каждого из нас, это личный ресурс, капитал человека, независимо от возраста, пола, места жительства. Руководство всех государств занимается проблемами демографической безопасности, улучшения здоровья населения и, как следствие, необходимостью принятия широкомасштабных мер в решении этих проблем. Сегодня мы солидарны в главном – формировании стратегии по сохранению и укреплению здоровья наших граждан должно идти через

Репозиторий ГГМУ

создание единой профилактической среды и поддержки здоровья на всех этапах жизни человека».

В этой связи можно считать, что стратегической целью в области здоровья населения продолжает оставаться создание механизма поддержки здорового образа жизни, формирование спроса на личное здоровье, создание предпосылок для его улучшения.

В Гомельской области накоплен определенный опыт в деятельности по развитию общественного здоровья. Отработанные новые технологии информационного обеспечения по вопросам формирования здорового образа жизни помогают решать проблемы, связанные с изменением отношения населения к своему здоровью. Подготовка кадров по проблемам формирования здоровья и образа жизни – одна из важнейших форм работы во всей гамме средств информационной деятельности. Это обучение врачей и средних медицинских работников на курсах усовершенствования; педагогов всех специальностей на курсах повышения квалификации и переподготовки; работников культурно-просветительных учреждений; руководящего состава сектора переподготовки и повышения квалификации кадров главного управления организационно-кадровой работы при облисполкоме и др.

В учреждении образования «Гомельский государственный медицинский колледж» постоянно ведется работа по формированию здорового образа жизни (далее ФЗОЖ) среди учащихся, преподавателей, слушателей отделения повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием.

С целью повышения качества обучения, актуализации учебных программ по формированию здорового образа жизни, профилактики заболеваний с учетом современных тенденций в 2013 году в образовательные программы повышения квалификации руководящих работников и специалистов включены темы «Формирование здорового образа жизни», «Медицинские аспекты здорового образа жизни», «Пропаганда здорового образа жизни».

Цель исследования - изучение информированности слушателей отделения повышения квалификации по вопросам формирования здорового образа жизни.

Материалы и методы исследования – анализ учебно-программной документации отделения повышения квалификации (далее ОПК), проведение анкетирования с последующим анализом результатов.

Исследование проводилось на базе УО «Гомельский государственный медицинский колледж», на отделении повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием.

Анализировалась учебно-программная документация за период с 2013 по 2015 г.г. Анкетирование проводилось дважды: в начале обучения и после проведения занятий по учебной дисциплине «Формирование здорового образа жизни». Общее число респондентов - 340 человек.

Репозиторий ГГМУ

Результаты и обсуждение

Обучение на курсах повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием в УО «Гомельский государственный медицинский колледж» направлено на профессиональное развитие слушателей, удовлетворение их познавательных потребностей.

Занятия проводятся 4 преподавателями учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж», из них 3 специалиста имеют квалификационные категории врача-валеолога и 1- преподавателя.

При организации образовательного процесса проводится анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность по формированию здорового образа жизни, изучение основных направлений деятельности лечебно-профилактических учреждений всех уровней по формированию здорового образа жизни, составляются планы мероприятий по профилактике табакокурения, употребления психоактивных веществ, профилактике основных социально значимых заболеваний и др.

При проведении занятий преподаватели используют элементы проблемного обучения, активные методы обучения (дискуссия, работа в группах, решение ситуационных задач) и др. Также в образовательном процессе активно применяются электронные образовательные ресурсы: мультимедийные презентации, видеофильмы, видеоролики по теме.

Преподавателями разрабатываются информационные материалы по гигиеническому обучению, воспитанию и формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний.

Преподаватели учреждения, осуществляющие обучение по формированию здорового образа жизни, применяют инновационные технологии в работе, оказывают организационно-методическую помощь работникам учреждений здравоохранения и других заинтересованных ведомств по проведению информационно-образовательной работы с населением.

В 2013 г. обучение прошли 1540 слушателей, из них 140 человек (что составляет 10% от общего числа слушателей) изучали темы «Формирование здорового образа жизни», «Медицинские аспекты здорового образа жизни». Преподавание дисциплины было организовано на 3 курсах повышения квалификации.

В 2014 г. обучение прошли 1840 слушателей, из них 595 человек (что составляет 32,3% от общего числа слушателей) изучали темы «Пропаганда здорового образа жизни», «Здоровый образ жизни», «Медицинские аспекты здорового образа жизни». Преподавание дисциплины было организовано на 7 курсах повышения квалификации.

В 2015 г. обучение прошли 1589 слушателей, из них 645 человек (что составляет 41% от общего числа слушателей) изучали тему «Формирование здорового образа жизни». Изучение данной дисциплины было организовано на 10 курсах повышения квалификации.

Репозиторий ГрГМУ

В 2015 г. со слушателями отделения повышения квалификации было проведено анкетирование по вопросам формирования здорового образа жизни. Результаты анкетирования в начале обучения показали, что медицинские работники часто недостаточно уделяют внимания заботе о своем здоровье, не в полном объеме владеют знаниями по вопросам формирования здорового образа жизни. Анализируя результаты ответов респондентов в конце обучения можно сделать вывод, что 37% слушателей выразили обеспокоенность своим отношением к вопросам формирования здорового образа жизни; 73% опрошенных отметили увеличение мотивации к здоровому образу жизни; 89% слушателей отметили повышение мотивации к проведению информационно-образовательной работы среди населения по формированию здорового образа жизни и профилактике социально-значимых заболеваний.

Заключение. Деятельность УО «Гомельский государственный медицинский колледж» в части работы по ФЗОЖ направлена на повышение грамотности слушателей по вопросам сохранения и укрепления здоровья, формирование престижа здоровья и воспитание потребности в ведении здорового образа жизни, профилактику социально значимых заболеваний, координацию усилий всех специалистов медицинского профиля в данном направлении работы.

Специалисты, обучающиеся на курсах повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием, отмечают, что изучение вопросов формирования здорового образа жизни способствует совершенствованию профессиональной компетенции, стимулирует к проведению информационно-образовательной работы среди населения по профилактике основных социально-значимых заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧА ПСИХОЛОГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Т. И. Спасюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Поддержание долголетия и активности населения позволяет создать необходимый экономический ресурс, и становится сегодня приоритетным направлением деятельности государства. Социальная ситуация развития общества требует от врача все возрастающей компетентности. Наиболее заметные изменения, вместе с тем, затрагивают содержание социальной роли «пациент». В ситуации увеличения возраста выхода на пенсию традиционные воззвания врачей к ведению здорового образа жизни, направленные на молодых, получают неожиданный отклик у старших поколений. Женщины обращают внимание мужчин на факт их большей средней продолжительности жизни с позиции безопасного поведения и ответственного отношения к

Репозиторий ГрГМУ

своему здоровью. Граждане начинают более ответственно подходить к доле в своей потребительской корзине медицинских услуг, фармакологических препаратов и, например, абонементов в ФОК или спортивно-туристического снаряжения. Молодое поколение активно продвигает среди населения увлечение велосипедными прогулками, и городская инфраструктура за последнее пятилетие стала намного более дружественной по отношению к велосипедистам. Сегодня велосипед предпочитают автобусу все больше граждан среднего возраста обоих полов. Пожилые люди все более увлекаются пешими прогулками в лесопарках и скандинавской ходьбой. Данные тенденции осознанного и ответственного отношения к своему здоровью и жизни возникают, скорее, как тенденции развития социума, результат развития интернет - коммуникации среди всех возрастных групп, а не как результат специально организованных медицинских просветительских программ. Видение социальной роли пациента врачом и самим пациентом все более различается. Причины такого расхождения во взглядах на социальную роль пациента, превалирующих у врача и у гражданина – потенциального пациента, заключаются не в умышленном бездействии медиков, а в реализующихся моделях взаимоотношения врач-пациент, в частности, патерналистской модели. Без понимания врачом активной роли пациента в современных условиях взаимодействия достижение профессиональных врачебных целей, охрана здоровья не возможны. В частности, возрастающая доля платных медицинских услуг требует осознанного их потребления активным потребителем. Между тем, как отмечают исследователи схожих тенденций в современном российском социуме, «социальная роль пациента в отношениях, возникающих между ним, как потребителем медицинских услуг и исполнителем медицинской услуги - врачом, еще окончательно не определена” [4].

В современных социальных условиях процесс взаимодействия с пациентом требует от врача рефлексии своих социальных установок, стереотипов, коммуникативных процессов и даже переживаний по поводу общения с пациентом.

Справочные и учебные пособия для студентов-медиков и врачей позволяют идентифицировать врачу в своей профессиональной деятельности различные общепсихологические и социально психологические закономерности. Психологические сведения часто представлены произвольным набором тем в пособии. Роль и место той или иной концепции в психологической науке опускается. Часто отсутствует методический принцип, объединяющий психологические сведения, адресованные врачу, отсутствуют и методологические основания, задающие последовательность изложения. По нашему мнению, на современном этапе в обучении психологическим механизмам медицинской профессии следует сделать как минимум три акцента. 1. Психологические феномены и закономерности следует изучать на практике путем проигрывания коммуникативных ситуаций, в которых проявляются изучаемые закономерности. Интересным и результативным может оказаться использование методики симуляционных

Репозиторий ГрГМУ

технологий «стандартизированный пациент» [3]. 2. Психологические концепции и теории, объясняющие процессы взаимодействия в диаде «врач-пациент» необходимо рассматривать в их взаимосвязи друг с другом в объяснении целостного процесса взаимодействия. 3. В психологической интерпретации взаимодействия акцентировать субъектность пациента, его способность к ответственности за свое здоровье, к здоровьесберегающей активности в собственной жизни.

Рассмотрим, как выделенные нами акценты можно сделать в конкретных разделах учебного материала, предлагаемого студентам. Сведения по психологии [3, 6] общения не должны отчуждать врача от пациента компьютерной «неживой» моделью коммуникативного процесса. Элементы коммуникативных моделей следует изучать на конкретных примерах. Знание структуры коммуникативных процессов позволяет понимать здоровье пациента как основной предмет коммуникации, и формировать взаимодействие именно вокруг данной темы, не соскальзывая на посторонние темы, увеличивающие вероятность возникновения манипулятивных тенденций. Знание такого компонента коммуникации как «мотив» позволит врачу увидеть причины взаимодействия и формирования качества этого взаимодействия. Знание о видах общения позволяет дифференцировать цели общения в зависимости от этапа лечения. Знания о коммуникативных стилях должно сочетаться со знанием задач этапов лечения, видов заболевания, внутренней картины болезни и переживаний пациента. Только в этом случае врач может грамотно использовать стили и переключаться между ними согласно ситуации. Отдельные психологические концепции, оторванные от контекста их создания, могут восприниматься врачом как надуманные или слишком популярные. Так, коммуникативные модели Э. Берна и С. Карпмана могут пониматься упрощенно. Ключевые понятия данных концепций следует упоминать в контексте топографической модели психики З. Фрейда, психодинамической теории. Кроме того, здесь уместно рассмотреть принцип триангуляции М. Боуэна, упомянуть стремление систем поддерживать текущие состояния с использованием деструктивных коммуникативных последовательностей [1]. Социально-перцептивные эффекты (например, эффект «ореола», авансирования, проецирования) следует изучать в контексте групповых и социальных процессов, с акцентированием возможности личности приобретать функциональную автономию [5] по отношению к этим процессам. Понятие психологической установки следует соотносить с процессами ее формирования, с ее адаптивной ролью в уменьшении неопределенности и тревоги.

Знания о психологии личности пациента, безусловно, не должны упрощать личность до ее модели, редуцировать субъектность пациента. Врач, сумевший типизировать пациента, только ради констатации типа, может лишь снизить собственную тревогу по поводу реакций пациента–объекта. Психологические концепции личности не создавались исключительно для пациентов, поэтому врач должен отследить собственные личностные типологические тенденции и их проявления во взаимодействии с типом

Репозиторий ГрГМУ

личности пациента. Врач становится заложником психологической закономерности «фундаментальной ошибки атрибуции», концепцию которой изучает, но не способен к ее рефлексии во время использования объектной модели пациента. Эта модель накладывает ограничения на возможность рефлексирования врачом своей позиции во взаимодействии, оставляя ему, в основном, манипулятивные возможности.

Технологии общения [3, 6] должны изучаться в неразрывной связи с их теоретическими моделями, в которых они реализуют психотерапевтическую функцию, но никак не манипулятивную. Каждая из данных технологий, включая НЛП, обнаруживает долгосрочный эффект установления взаимопонимания, только в случае реализации субъект-субъектного понимания коммуникации.

Основанием подхода к пациенту как к активному агенту своего здоровья становится понимание и выбор врачом модели взаимодействия «врач-пациент». Именно принятие соответствующей модели позволит врачу рефлексировать контексты и пределы психологических теорий, акцентировать в процессе обучения активную сторону социальной роли «пациент».

В изучении моделей взаимодействия врача и пациента следует акцентировать их имманентные различия в объяснении активности и автономности пациента. Следует обратить внимание на смысловые оси, задаваемые Р. Витчем [2] в данных моделях: механистичность – органичность, объективность – субъективность, автономия – зависимость. Необходимо отметить ценностные измерения, пронизывающие эти модели: источники власти, делегирование власти, зависимость знака системного эффекта ценностей от социальной стратификации.

Подытожим выше сказанное. 1. Граждане современного белорусского социума все более ответственно относятся к своему здоровью, их здоровьесберегающая активность возрастает, увеличивается степень осознанности взаимодействия с врачом, начинает формироваться культура потребления медицинских услуг. 2. В таких условиях необходимы рефлексивные усилия врача в отношения всей своей профессиональной активности, в отношении социальной роли «пациент» в частности. 3. Обеспечение необходимых для профессиональной рефлексии умений и навыков осуществляется при подготовке медицинских работников в вузах и на курсах повышения квалификации в процессе изучения психологических дисциплин. 4. Преподавание психологических закономерностей, теорий должно осуществляться с методологическим и методическим акцентированием потенциала автономности и ответственности в исполнении социальной роли пациента в современных условиях.

Литература

1. Варга, А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна / А.Я Варга, И.Ю. Хамитова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005, №4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа:https:

Репозиторий ГрГМУ

//psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2676. – Дата доступа: 26.04.2016.
2. Витч, Р. Модели взаимоотношения врач-пациент [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931. – Дата доступа: 28.04.2016.
3. Гринберг, М.П. Коммуникативная компетентность врача. Симуляционное обучение. Методика «стандартизированный пациент» / М.П. Гринберг, А.Н. Архипов, Т.А. Кузнецова. – М. : Литтерра, 2015. – 176 с.
4. Ефименко, С.А. Социология пациента: автореф. дис. … докт. социол. наук: 14.00.52 / С.А. Ефименко; ММА им. И.М. Сеченова. – М., 2007. – 49 с.
5. Олпорт, Г. Становление личности: Избранные труды / Г. Олпорт; под общ. ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – 183 с.
6. Шарков, Ф.И. Основные теории коммуникаций / Ф.И. Шарков. – 2004. – 246 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Е. М. Сурмач, А. А. Дорощик, Л. Н. Смирнова, И. А. Синкевич*

УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»

** УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно»*

Одним из ведущих поведенческих факторов увеличения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений является курение. Согласно статистическим данным более 50% мужчин в Республике Беларусь (РБ) курят, количество курящих в возрасте до 17 лет − 34%, РБ входит в десятку самых курящих стран мира. Для сравнения в США регулярно курят 40% населения старше 25 лет, в Швейцарии − около 45%. Более половины курящих используют около 1 пачки сигарет в сутки. При отказе от курения риск коронарных событий уменьшается на 50% уже через 2 года. Благодаря снижению распространенности курения в США ежегодно по программе Medicaid экономится более 10 млн. долларов. [1,2]. Курение табака является причиной многих предотвратимых болезней и преждевременной смерти, в том числе среди молодого населения [3,4]. Разработка программ первичной профилактики позволяет сократить количество курящих среди молодежи. Так, в Италии завершена 10-летняя программа, направленная на отказ от курения, количество курящих школьников старше 16 лет снизилось на 4% [5]. Согласно данным польских авторов длительные программы, начатые среди молодых людей, являются весьма эффективными, поскольку доказано, что ряд поведенческих факторов риска ССЗ приобретается как раз в молодом возрасте [6].

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования: выявить распространенность курения среди студентов ВУЗов, оценить половозрастные различия, а также связь курения с другими модифицируемыми факторами риска ССЗ.

Материалы и методы: работа выполнена в учреждениях образования «Гродненский государственный медицинский университет» («ГрГМУ») и «Гродненский аграрный университет» («ГрГАУ»). В опросе приняли участие 111 студентов первого и четвертого курсов лечебного, экономического факультетов и факультета биотехнологий. Средний возраст студентов первых курсов − 17± 1,6 лет, четвертых курсов − 20± 0,5 лет. Группу аграрного университета составили 14 юношей и 40 девушек, медицинского – 13 юношей и 44 девушки. Различия в половозрастном составе респондентов отсутствовали. Для работы использовали анонимный опросник, оценивающий стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день, наличие курящих родственников и друзей, связь курения со стрессовыми ситуациями. Статистическая обработка данных выполнена с применением программы Statistica 8.0, использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, критерий согласия Пирсона. Уровень $p<0,05$ был принят как статистически значимый. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты и обсуждение: данные результатов тестирования представлены в таблице 1.

Таблица 1 − Распространенность табакокурения среди студентов ВУЗов

Кол-во чел. (%)	1 курс «ГрГАУ»	4 курс «ГрГАУ»	1курс «ГрГМУ»	4 курс «ГрГМУ»
Курящие [девушки]	8(28,6%) [25%]*	3(11,5%) [100%]	1(3,7%) [0%]	3(10,3%) [100%]
Не курящие	20(71,4%)	23(88,5%)	27(96,3%)	26(89,7%)

**Достоверные различия между группами 1-го курса аграрного и медицинского университетов (p=0,03)*

Согласно полученным результатам из набранной группы респондентов курят 15 человек (13,5%). Самое большое количество курящих молодых людей учится на 1 курсе аграрного университета (среди курящих ¼ часть составляют девушки), минимальное же их количество – на 1 курсе медицинского университета (1 студент-юноша). Между группами 4 курса различий не найдено. Большинство студентов (80%) курят в среднем 10 сигарет/день, 1 студент (6,7%) 1 курса «ГрГАУ» курит более 20 сигарет/день, еще 2 (13,3%) человека – только во время стрессовых ситуаций. Следует отметить, что процент курящих среди обследуемых групп студентов был невысоким, в сравнении с вышеприведенными статистическими данными по республике. Вероятно, полученные результаты связаны с особенностями выборки. Так, согласно данным итальянских исследователей, основную роль в паттернах курения играют «тип» учебного заведения и окружение курящих молодых людей (родители, сиблинги, друзья) [5]. У 1/3 курящих студентов дома курят родители, старшие братья и сестры, у всех остальных – близкие

Репозиторий ГрГМУ

друзья. Все респонденты имеют стаж курения от 1 до 5 лет (начали курить в университете или школе). Полученные данные согласуются с данными турецких авторов, которые в своей работе указали, что 14,9% старших школьников курят регулярно [6].

Индекс массы тела (ИМТ) у курящих молодых людей находился в пределах нормативных значений − 21[18-23]. Статистически значимых различий в ИМТ между группами курящих и не курящих не найдено. Выполнен анализ других (помимо веса) факторов риска ССЗ в связи с табакокурением. Различия в уровне стресса (использовался суммарный балл уровня стресса по шкале PSM-25) в группах курящих и не курящих отсутствовали. Кобзев Е.А. с соавторами в своей работе показал, что уровень тревоги, например, у курящих женщин не отличается от такового у не курящих или бросивших курить, однако мужчины начинают курить, чтобы снизить уровень тревоги, и используют курение в качестве стратегии борьбы со стрессом [7]. Не было найдено различий в особенностях пищевого рациона (количество употребляемых овощей и фруктов) у студентов разных групп. Отсутствовала также связь курения с уровнем артериального давления. Вероятно потому, что все респонденты были молодыми людьми с коротким стажем зависимости (до 5 лет).

Однако, 60% курящих студентов отметили, что проводят свой досуг активно (езда на велосипеде, активные виды игр, бег, скакалка) в отличие от группы не курящих, где только 29% студентов предпочитают активный отдых пассивному (p=0,014). Согласно литературным обзорам, более 60% публикаций указывают на обратные связи между физической активностью и курением, однако ряд работ демонстрирует, что связь курения с физической активностью зависит преимущественно от физиологических (сопутствующая соматическая патология), социально-демографических (образование) и психологических (тревога, депрессия) факторов [8].

Выводы:

1. Распространенность курения среди студентов ВУЗов ниже среднестатистических значений в Республике Беларусь в данной возрастной группе;
2. Наибольшее количество курящих студентов выявлено на 1 курсе ГрГАУ, а наименьшее – на 1 курсе ГрГМУ;
3. Связи между табакокурением и другими значимыми факторами риска ССЗ не выявлены;
4. Активно проводящих свой досуг студентов в группе курящих студентов больше, чем в группе, свободной от табакокурения.

Литература:

1. WHO: WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 // Geneva: World Health Organization, 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922eng.pdf)
2. Якушин, С.С, Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, курс на здоровый образ жизни / С.С. Якушин, Е.В. Филлипов // Врач. – 2011. –№ 9. – С.2-7.
3. Профилактика сердечно-сосудистой заболеваемости у студентов технического ВУЗа / Квашнина Н.А. [и др.] // Международный журнал экспериментального образования – 2010. – №7. - С. 30-34.

Репозиторий ГрГМУ

4. Ekpu, V., The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence / V. Ekpu, A. Brown // Tob. Use Insights. – 2015. – №8. – P.1-35.
5. Tobacco smoking among high school students in Romagna (Italy) and evaluation of aprevention campaign / A. Bergamaschi [et al.] // Subst. Use Misuse. – 2000. - №.9. - P.1277-1299.
6. Cardiovascular diseases risk factors in male population from mining vocational schools of the Lublin Coal Basin /J. J. Tomaszewski [et al.] // Patient Couns Health Educ. - 1980. - №2 - P. 92-98.
7. Кобзев, Е.А., Исследование клинико-психологических особенностей юношей и девушек, зависимых от никотина / Е.А. Кобзев // Записки Университета им. Лесгафта. – 2012. – №5 (87). – P.46-50.
8. Smoking and physical activity: a systematic review. /A. T. Kaczynski [et al.] // Am. J. Health Behav. - 2008. - №32 (1). - P. 93-110.

РОЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М. Ю. Сурмач, А. К. Епифанова
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника»

Состояние здоровья беременных женщин в современных условиях составляет основу актуальной для Республики Беларусь медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья [6]. Состояние здоровья беременной женщины во многом определяется её образом жизни, а поведение женщины по отношению к здоровьесбережению оказывает непосредственное влияние на здоровье новорожденного [7].

При исходно здоровом образе жизни женщины нет необходимости вносить существенные изменения в общий режим во время беременности. Здоровые беременные выполняют привычную физическую и умственную деятельность, являющуюся потребностью каждого человека; это способствует правильному функционированию нервной, сердечно-сосудистой, мышечной, эндокринной и других систем, мышц, суставов, связочного аппарата и др. Труд, особенно сопряженный с двигательной активностью, необходим для нормального обмена веществ. В то же время, беременность – период повышенного риска возникновения нарушений обмена веществ. Так, гиподинамия беременных способствует ожирению, снижению тонуса мышечной системы, нарушению функции кишечника, слабости родовых сил и другим осложнениям. В этой связи физические упражнения, оказывающие положительное влияние на течение беременности и родов, рекомендуются во время физиологически протекающей беременности [5].

Факт положительного влияния дозированных физических нагрузок на состояние организма беременной не подлежит сомнению. Однако их интенсивность зависит от телосложения и привычного образа жизни женщины. Рекомендуемая кратность занятий — 2–3 раза в неделю. При этом очень важно, чтобы нагрузки были систематическими. Нерегулярные нагрузки организм воспринимает как стрессовую ситуацию, что небезопасно

Репозиторий ГрГМУ

во время беременности. Суммарная длительность занятий обычно не превышает 40–50 мин. Большинству беременных женщин наиболее подходят ходьба, плавание и специальный курс лечебной физкультуры (аэробики), который можно выполнять в условиях спортивного зала или дома. Весьма полезны кардиозанятия на щадящем велотренажёре (горизонтальный велотренажёр со спинкой), йога и пилатес, адаптированные для будущих мам. Комплекс для беременных исключает упражнения, связанныес бегом, прыжками, резкими движениями и эмоциональным напряжением. В III триместре беременности следует резко ограничить нагрузку на коленные и голеностопные суставы. В то же время спортсменкам можно продолжать тренировки, избегая перегревания и обезвоживания.

Цели занятий физической культурой во время беременности: укрепление мышц спины, увеличение подвижности позвоночника и тазобедренных суставов, устранение и профилактика застоя крови в малом тазу и нижних конечностях, укрепление и увеличение эластичности мышц промежности, обучение дыхательной гимнастике и навыкам релаксации, снижение риска чрезмерной прибавки массы тела, нормализация тонуса и функции внутренних органов. Беременным противопоказаны занятия спортом и физические нагрузки при наличии острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, симптомов угрозы прерывания беременности, выраженного токсикоза, гестоза, самопроизвольных абортов в анамнезе, многоводия, систематических схваткообразных болей, появляющихся после занятий [2].

Врач женской консультации следит за выполнением законодательства, охраняющего здоровье будущей матери. Беременных не привлекают к работе в ночное время, к работе сверхурочной, а также связанной с подъемом и перемещением тяжестей, вибрацией, воздействием высокой температуры, радиации, ряда химических веществ и других агентов, способных оказать вредное влияние на организм матери и плода. Беременным запрещены езда на велосипедах и других вилах транспорта, сопряженная с вибрацией и сотрясением тела, все виды спорта, связанные с бегом, прыжками, резкими движениями и эмоциональным напряжением.

Рекомендуется в любое время года совершать прогулки, а также использовать другие возможности длительного пребывания на свежем воздухе. Продолжительность и темп ходьбы следует соразмерять со степенью тренированности, возрастом и состоянием здоровья беременной [5].

Как показали исследования Е.В. Извековой, у значительной части беременных женщин имеются различные, зачастую серьезные, нарушения в образе жизни: недостаточное пребывание на свежем воздухе, малая двигательная активность (особенно в 3-м триместре беременности). Менее 1 часа в день пребывали на свежем воздухе 16,7% обследованных беременных женщин, от 1 до 2 ч. — 66,3%; регулярно занимались гимнастикой всего лишь 2,1 %, иногда (нерегулярно) - 31,2% [3].

Репозиторий ГрГМУ

Исследования о влиянии образа жизни беременных женщин на их заболеваемость показали, что регулярно занимались гимнастикой всего лишь 3,7%, нерегулярно - 30,6%, не занимались совсем — 63,1% [8].

По результатам сравнительного анализа социально-гигиенической характеристики женщин-родильниц в зависимости от паритета родов, проведенного М.В. Кулигиной и И.А. Комаровой, первородящие женщины по сравнению с повторнородящими чаще оценивали собственное здоровье как хорошее (53,4% против 44,9%, $p<0,02$), и реже – как удовлетворительное (46,1% против 54,2% соответственно, $p<0,05$). Неудовлетворительную оценку состояния собственного здоровья дали 0,5% женщин первой группы и 1,0% - второй группы [4].

Физические упражнения могут стать средством эффективной помощи женщинам не только в физической, но и психологической подготовке к родам. Занятия специальными физическими упражнениями для беременных оказывают позитивное влияние на эмоциональные переживания беременных на всех этапах беременности. Исследование, проведенное О. В. Абрамовой, показало эффективность гимнастики беременных для исхода родов, что подтверждается их физиологичностью, лучшей послеродовой адаптацией, что обусловило более раннюю выписку из роддома матери и новорожденного [1].

Исходя из вышеизложенного очевидна актуальность изучения двигательной активности беременных женщин. С тем, чтобы дать оценку поведению беременных женщин, проживающих в Беларуси, в отношении двигательной активности, нами подготовлена программа исследования: разработан опросник, сконструирована модель выборочной совокупности беременных и родильниц, проведено пилотажное исследование. Аспектам двигательной активности посвящен ряд вопросов: «Как вы считаете, необходимо ли обучение беременных в кабинете лечебной физкультуры (выполнение специальных упражнений, обучение правильному дыханию)?», «По вашему мнению, занятия лечебной физкультурой: 1-Повышают физические возможности человека, 2-Улучшают общее состояние, 3-Повышают настроение, 4-Способствуют нормальному течению беременности, 5-Улучшают сон и аппетит, 6-Способствуют полноценному развитию плода, 7-Бесполезны, 8 – другое (укажите)»; «Посещали (-ете) ли вы кабинет лечебной физкультуры?»; «Занимаетесь ли вы гимнастикой?»; «Как вы считаете, нужны ли беременной пешие прогулки на свежем воздухе?»; «Достаточно ли вы гуляете на свежем воздухе?».

Таким образом, небольшое количество вопросов позволяет получить данные об установках и поведении женщин, ожидающих рождения ребёнка, в отношении их двигательной активности. В комплексном анализе с остальными тематическими блоками опросника, данные позволят получить сведения о двигательной активности во взаимосвязи с факторами качества жизни и другими поведенческими факторами, влияющими на нормальное течение гестационного процесса, и выработать соответствующие рекомендации по улучшению организации профилактического наблюдения женщин во время беременности в условиях женской консультации.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:
1. Абрамова, О.В. Оценка эффективности гимнастики для беременных по динамике регуляторно-адаптивных возможностей): автореф. ... дис. канд. мед. наук: 03.03.01 / О.В. Абрамова; Кубанский. гос. мед. университет. – Краснодар, 2011. – 23 с.
2. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян [и др.]; под общ. ред. Э.К. Айламазяна. – 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – С. 59-64.
3. Извекова, Е.В. Гигиеническая оценка питания беременных женщин и меры по его оптимизации (на примере региона Центральной России): автореф. ... дис. канд. биол. наук: 14.00.07 / Е.В. Извекова; Рос. акад. мед. Наук. – М., 2009. – 26 с.
4. Кулигина, М.В. Социально-гигиеническая характеристика женщин в период реализации репродуктивной функции/ М.В. Кулигина, И.А.Комарова // Репродуктивное здоровье. - 2010. - №3 (09). - С. 22-28.
5. Савельева, Г.М. Акушерство / Г.М.Савельева. – Москва: Медицина, 2000. – С. 175-177.
6. Сурмач, М.Ю. Особенности репродуктивного здоровья и поведения по отношению к его сохранению молодых беременных женщин, проживающих в Беларуси /М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. - №2. – С. 45 – 46.
7. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное поведение молодёжи Беларуси и его детерминация. Часть 2: Планирование беременности в молодом возрасте и влияние поведения женщины на здоровье новорожденного. Медико-гигиеническая грамотность как фактор антириска /М.Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. - №4. – с. 32 – 35.
8. Фролова, О.Г. Медико-социальные аспекты проблемы репродуктивного здоровья женщины / О.Г. Фролова // Вестник Российской АМН. - 1997. - №2. - С. 7-9.

ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР ОБРАЗА ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М. Ю. Сурмач, А. К. Епифанова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника»

Значимую роль в обеспечении нормального развития, защиты от врожденных аномалий, последующего нездоровья ребенка имеет правильное питание женщины в период беременности, а также при подготовке к ней [1]. Рациональное питание играет существенную роль в профилактике анемии, гестозов, внутриутробной задержки роста плода, аномалий родовой деятельности и других осложнений [5].

Связь питания внутриутробного плода с исходным состоянием питания матери до зачатия и питания во время беременности носит исключительно тесный и непростой характер. Так, если раньше была широко распространена точка зрения о способности плода «взять» все необходимые нутриенты от материнского организма независимо от его состояния и питания, то в настоящее время накоплено много фактов, позволяющих ограничить роль простого паразитизма. В условиях неблагоприятной пищевой обеспеченности и потери массы тела, организм беременной женщины способен включать мощные механизмы самосохранения и с этого периода недостаточность питания преимущественно отражается на развитии плода [2].

Под рациональным питанием подразумевается полноценный набор разнообразных пищевых продуктов соответственно сроку беременности и

Репозиторий ГрГМУ

правильное распределение рациона в течение дня. Рацион составляется индивидуально с учетом роста и массы тела беременной, величины плода, характера течения беременности, трудовой деятельности. При избыточной массе тела женщины рацион следует составлять таким образом, чтобы предупредить нежелательную прибавку массы тела, т.е. уменьшить энергетическую ценность (калорийность) рациона за счет углеводов и жиров. Беременным с пониженной массой тела следует увеличить калорийность рациона с сохранением необходимых соотношений между основными ингредиентами.

Интенсивность основного обмена при беременности возрастает примерно на 10%, а общие энергетические затраты составляют 2500 ккал в день, что обусловлено повышенным потреблением кислорода и активностью плода. Энергетические затраты связаны с ростом плода, плаценты, матки и молочных желез. С началом беременности количество энергии, необходимое для их роста, постоянно увеличивается до 30-недельного срока, после чего происходит некоторое снижение необходимого количества энергии. Дополнительные затраты, возникающие во время беременности, покрываются в основном за счет жиров (50%) и углеводов (около 33%). Белки используются почти исключительно на формирование тканей плода и лишь около 6,5% их расходуется на покрытие энергетических затрат.

Неотъемлемым условием рационального питания является соблюдение определенного режима питания, нарушение которого не только наносит вред организму матери, но и неблагоприятно влияет на развитие плода и новорожденного. В первой половине беременности питание женщины не должно существенно отличаться от ее питания до беременности. Следует, однако, помнить, что в 1 триместре происходит закладка органов плода (период органогенеза), потому особенно важным является достаточное поступление в организм беременной полноценных белков, витаминов, минеральных веществ. Начиная с ранних сроков и в течение первой половины беременности для женщин низкого роста (длина тела 150 см) и массой тела 50 кг энергетическая ценность суточного рациона должна соответствовать 2100—2300 ккал. Энергетическая ценность рациона для женщин среднего роста (длина тела 155—165 см) и массой тела 55—60 кг должна быть 2400—2700 ккал. Для беременных более высокого роста (длина тела 170—175 см) энергетическая ценность суточного рациона должна быть 2700—2900 ккал.

Во второй половине беременности еще больше увеличивается потребность в белках. Поэтому у беременных с низким ростом энергетическая ценность суточного рациона должна составлять 2400—2600 ккал. Общая энергетическая ценность суточного рациона беременной среднего роста в этот период должна быть увеличена до 2800—3000 ккал в сутки. Для беременных высокого роста энергетическая ценность суточного рациона должна составлять 3000—3300 ккал. Особое внимание следует обращать на питание беременных в период дородового отпуска, когда

Репозиторий ГомГМУ

меняются условия труда и понижаются энергозатраты, при этом энергетическая ценность пищи должна быть пониженной [5].

Ряд исследований фактического питания беременных женщин в России показывают, что наиболее закономерными являются дефициты железа, йода, кальция, цинка, хрома; практически у 100% обследованных устанавливают недостаточность фолиевой кислоты, которая может привести к аномалии развития сердца и сосудов у будущего ребенка. Так, только у 6 из 100 обследованных в Санкт-Петербурге можно было говорить о достаточности энергетического обеспечения и основных нутриентов; каждая пятая женщина получала до 1500 ккал в сутки и более 50% - до 2500 ккал [3].

Исследование, проведенное Е.В. Извековой с использованием метода суточной регистрации съеденной пищи, показало, что фактическое питание большинства беременных женщин в различные сроки гестации характеризуется несоблюдением режима питания. Однако с увеличением срока беременности в их пищевом режиме наблюдаются положительные изменения. Так, согласно анкетным данным, в 3-м триместре 88% обследованных женщин принимают пищу 4-6 раз в день, сокращают интервалы между приемами пищи и пищевую нагрузку распределяют равномерно в течение дня 38% человек по сравнению с 25% в начале беременности. Вероятно, данный факт связан с выходом беременных женщин в декретный отпуск в конце срока гестации и, следовательно, с появлением большего количества свободного времени и возможностью принимать пищу в любое удобное время.

Суммарная прибавка массы тела, являющейся основным показателем адекватности питания женщин во время беременности, у обследованных составила в среднем 11,46±3,75 кг, что соответствует рекомендуемой норме. Удельный вес женщин с избыточной прибавкой массы тела в течение настоящей беременности (более 12 кг) составил 38 человек (31,6%) среди 120 обследованных. При исходной существенно избыточной массе тела калорийность рациона может рассчитываться для обеспечения только естественной весовой динамики беременности [4]. В интересах защиты жизнеспособности плода беременная не должна худеть и всегда должна прибавлять в массе тела [2].

Закладка и развитие различных органов и систем плода происходит в определенной генетически обусловленной последовательности и в строго определенные интервалы времени. В эти периоды возрастает роль качественной и количественной полноценности питания. Белково-калорийная недостаточность в период зародышевого развития приводит к тому, что организм не накапливает необходимого количества клеток и надклеточных структурных элементов в, органах и тканях, то есть заложенная в его геноме информация не реализуется. Доказано, что белковое голодание матери способно нарушить развитие мозга плода [8]. Последующее усиленное питание не всегда может восполнить этот пробел.

Исследования о влиянии образа жизни беременных женщин на их заболеваемость показали, что значительный процент женщин проживают в

Репозиторий ГрГМУ

неблагоприятных материально-бытовых условиях (14,9% не имеют своего жилья, 18,5% занимают неблагоустроенную жилую площадь). В силу специфики режима и условий работы или учебы, для некоторых беременных, становится невозможным соблюдение рационального режима питания. Это приводит к недопустимо большим интервалам между приемами пищи днем, а в вечерние часы и перед сном — к обильной еде, что также затрудняет возможность своевременного удовлетворения пищевых потребностей беременной. Кроме того, работа или производственная практика может сопровождаться контактом с вредными химическими веществами, способными блокировать тканевые ферменты. Указанные нарушения в образе жизни беременных женщин могут способствовать возникновению патологических сдвигов в течение нормально протекающей беременности и системе мать-плод-ребенок [6].

В исследовании Е.В. Извековой выяснилось, что в рационах беременных женщин с низким среднедушевым доходом было нарушено соотношение основных нутриентов. Данная несбалансированность пищевых веществ объясняется значительным потреблением ими крахмала с мучными изделиями и блюдами, хлебом, картофелем, макаронами и т.д. Общий среднесуточный ассортимент продуктов был ограниченным, недостаточно разнообразным, ингредиенты в составе пищевого рациона часто повторялись. Рационы питания женщин с низким среднедушевым доходом также не удовлетворяли полностью их потребность во время беременности в витаминах и минеральных веществах, так как в целом питание этой группы беременных отличалось нерациональной структурой и малым количеством употребляемых овощей (кроме картофеля), фруктов, ягод, соков, свежего мяса, рыбы, яиц, кисломолочных продуктов [4].

Снижение экономического уровня жизни, значительное ухудшение здоровья беременных, проблемы вскармливания детей, питания беременных и кормящих матерей, экологическое неблагополучие — вот лишь неполный перечень причин и проблем, которые в разных регионах страны имеют существенные отличия, но в целом, отрицательно влияют на баланс макро- и микронутриентов (в том числе и железа) в интенсивно растущем организме ребенка [7].

На современном этапе необходимо совершенствовать питание беременных, разрабатывать рекомендации по коррекции дефицитных состояний. В этой связи нами разработан опросник, позволяющий анализировать причины нерационального питания беременных женщин в современных условиях, связанные преимущественно с качеством и образом жизни, в неразрывной связи с другими поведенческими факторами, влияющими на нормальное течение гестационного процесса.

Исследуются фактор ограничений в питании до и во время беременности, соблюдение режима и особенности качественного состава питания, знание женщиной основ рационального питания, питьевого режима во время беременности. Наряду с аспектами питания, опросник включает ряд таких смысловых блоков, как:

Репозиторий ГрГМУ

- Социальный статус женщины.
- Данные самооценки: материального положения, здоровья, взаимоотношений с партнёром.
- Вредные привычки до и во время беременности: установки и поведение по отношению к алкоголю, курению.
- Двигательная активность во время ожидания ребёнка.
- Углубленно исследуется сексуальное и репродуктивное поведение, брачно-семейные установки.
- Аспекты медицинской активности женщины до и во время беременности, прегравидарной подготовки пары, в том числе оценка женщиной отдельных компонентов качества медицинской помощи, использование возможностей получения услуг медицинского назначения на платной основе.

В выборочную совокупность предполагается включить беременных и родильниц, госпитализированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (преимущественно – центральных районных больниц) всех территориальных областей Республики Беларусь.

Данные позволят получить информацию для последующего анализа и разработки рекомендаций по оптимизации питания беременных женщин в Беларуси, с учётом специфики остальных поведенческих, возрастных, социальных факторов, срока беременности и акушерско-гинекологического анамнеза.

Литература:

1. Гимадиев, М.М. Влияние факторов окружающей среды на репродуктивную функцию женщин и на здоровье новорожденных / М.М. Гимадиев, Ю.И. Бородин, Ю.В. Орлов // Казанский медицинский журнал. - 1998. - №2. - С. 126-132.
2. Гмошинский, И.В. Минеральные вещества в питании человека. Селен: всасывание и биодоступность / И.В. Гмошинский, В.К. Мазо // Вопросы питания. - 2006. - Том 75. -№5.- С. 15-21.
3. Василенко, И.Я. Медико-демографическая ситуация в стране / И.Я. Василенко, О.И. Василенко // Гигиена и санитария. - 2006. - №5. - С. 86-88.
4. Извекова, Е.В. Гигиеническая оценка питания беременных женщин и меры по его оптимизации (на примере региона Центральной России): автореф. ... дис. канд. биол. наук: 14.00.07 / Е.В. Извекова; Рос. акад. мед. наук.– М., 2009. – 26 с.
5. Савельева, Г.М. Акушерство / Г.М.Савельева. – 2000. – С. 170-174.
6. Спиричев, В.Б. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. Наука и технология /В.Б. Спиричев, Л.Н. Шатнюк, В.М. Позняковский. Новосибирск: Сибир. университет, изд-во, 2004. — 548 с.
7. Сухинин, М. Гигиена беременных и кормящих женщин / М. Сухинин, Т.В. Казюкова // Педиатрия. - 2003. - №2. - С. 26-27.
8. Drown, J.E. Maternal nutrition and the outcome of pregnancy. A renaissans in research / J.E. Drown, E.S. Kahn // J. Clin. Perinatol. - 1997. - Vol. 24. - №2. - P. 433-449.

Репозиторий ГрГМУ

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

А. А. Сытый, Е. М. Тищенко, Д. Ю. Ракович, К. О. Горенюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Одним из важных направлений в медицине является изучение качества жизни пациентов, которое понимается как удовлетворенность человека в физическом, социальном, психологическом и духовном плане, то есть условное благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний. Основными задачами при оценке качества жизни как одного из главных критериев эффективности любых медицинских мероприятий являются разработка и широкое использование соответствующих опросников. Опросники качества жизни позволяют получить целостное представление о самочувствии пациента и остаются основным стандартизированным инструментом [1].

Проблема совершенствования медико-социальной помощи беременным женщинам на фоне низкой рождаемости и высокого уровня осложнений беременности и родов требует внедрения в практическое акушерство новых медицинских знаний и технологий, что, в свою очередь, обусловливает необходимость поиска новых критериев для оценки состояния здоровья беременных женщин, которые бы адекватно отражали ее состояние физического, психологического и социального функционирования во время беременности. Таким критерием может стать оценка уровня качества жизни (КЖ), которая в сочетании с объективными данными обеспечит комплексный медико-социальный подход к оценке состояния здоровья беременной женщины и может быть использован для совершенствования медицинской помощи дан- ному контингенту населения [2].

Цели и задачи. Оценить и проанализировать влияние беременности и родов на качество жизни женщины, а также выработать возможные подходы к улучшению качества жизни женщин.

Материалы и методы. В основную группу была включена 302 женщин в возрасте от 21 до 27 лет, которые были разделены на 3 группы. В первую группу включено 99 женщин, которые не были беременны и не рожали. Вторую группу составили 101 женщина, у которой уже были роды. Третья группа складывалась из 101 уже родившей женщины, у которой после родов прошло не более 48 часов (т.е 2-ух суток).

Для исследования КЖ проводилось однократное анкетирование по программе качества жизни ВОЗ. Обработка данных производилась программой Excel 2007, а также с формулами достоверности по Фишеру и подсчетом X^2 по Пирсону.

Результаты. В нашем исследовании, мы изучали разные критерии качества жизни женщин. Первым моментом, который мы хотели узнать, как женщины оценивают качество своей жизни. Во всех группах абсолютное большинство оцениваю качество своей жизни как хорошее. В первой группе (не рожавшие) это ставило 54%, во второй (рожавшие) – 88%, в третьей

Репозиторий ГрГМУ

группе – 75%. На данный вопрос ни одна женщина из всех групп не ответила плохо или очень плохо (достоверность по данному вопросу составила $p<0,0001$).

Вторым моментом нашего опроса, стал вопрос: насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? В первой и во второй группе большинство респондентов довольны состояние своего здоровья: 68% и 75% соответственно. Не удовлетворены здоровьем оказались 20 респондентов – 7 из 1-ой группы и 13 из третьей. Это объяснятся тем, что беременность усиливает иммунную систему женщины, а роды являются очень сильным стрессом, что сказывается на состоянии здоровья женщин в первые 48 часов после родов. В дальнейшем данные изменения проходят и женщина после такого стресса становится менее подвержена влиянию различных провоцирующих заболевание факторов (бактерии, вирусы, стресс и т.д) [3]. Для любого человека, а тем более для женщины, большую роль в ее здоровье оказывает качество и доступность медицинской помощи. Большинство респондентов оказались удовлетворены или очень удовлетворены, оказанной им медицинской помощи – 87 %. Но в нашем исследовании оказались и такие, которых не устраивает доступность нашей медицины – 13%. Из них 30 человек из первой группы и 10 из третьей. Данное отношение они объяснили трудностями с записью на прием к врачу поликлиники (72%), некомпетентность медицинского персонала (8%), недоверие к медицинским работникам (13%), другие варианты (7%).

Оценка качества жизни и состояния здоровья не может быть полной без анализа данных проблем в динамике. У первой группы опрашиваемых мы поинтересовались, как изменилось их здоровье по сравнению с предыдущим годом. Считают себя лучше, чем год назад только 12% из данной группы. 50% опрошенных не рожавших женщин чувствуют и говорят, что состояние их здоровья ухудшилось по сравнению с предыдущим годом. Для второй и третьей группы наш вопрос был сформулирован немного по-другому (т.к мы считаем не информативным узнавать об изменении в состояния здоровья по сравнению с прошлым годом): как бы вы оценили своё здоровье сейчас по сравнению с тем, что было до беременности? Как у второй так и третьей группы, здоровье по сравнении до беременности значительно не изменилось (63,5% из суммы опрошенных из 2-ой и 3-ей групп). Почувствовали ухудшение в своем здоровье 29% опрошенных. Улучшения наступили у 14% только из рожавшей группы. Эти данные показывают, что беременность и роды положительно влияют на организм женщины. После родов (а еще лучше не одних) значительно снижается риск заболевания простудными, пищевыми, кардиологическими и эндокринными заболеваниями [3].

Немаловажную роль в нормальном функционировании организма играет здоровый сон. Сон нормального человека должен составлять 7-8 часов ночного сна. Во время сна снижаются обменные процессы, уменьшается частота сердечных сокращений, снижается активность головного мозга, а в частности коры полушарий. Правильная корректировка режима сна и бодрствования снижает смертность, риск заболевания артериальной

Репозиторий ГрГМУ

гипертензий, ожирением, риском развития травм и т.д [4]. Исходя из выше сказанного, мы поинтересовались у женщин: насколько они удовлетворены своим сном? Варианты ответов в разных группах отличаются. В первой группе полностью удовлетворены сном 68% опрошенных, 32% полностью не удовлетворены сном. Количество и качества сна не утраивает 25% респондентов из второй группы. Для третьей группы данный вопрос был не совсем уместен, но все же не удовлетворенными во сне оказалось лишь 13%.

Выводы. Оценка качества жизни женщин остается весьма актуальной проблемой. Качество жизни отличается у всех трех групп. Наиболее «отрицательные» ответы мы получали у представительниц первой группы, а наиболее «положительные» у женщин из второй группы. Исходя из этого, мы можем сделать вывод что, беременность и роды улучшают качество жизни и здоровье женщины.

Литература

1. Говоров С.В. Индивидуальный подход к оценке качества жизни беременных женщин, находящихся под наблюдением женских консультаций, и его прогнозирование по медико-социальным характеристикам: методические рекомендации / С.В. Говоров, Г.Я. Клименко, П.Е. Чесноков, М.Н. Аль Шараа. – Воронеж: Издательство «Истоки», 2008. – 33 с.
2. Чесноков П.Е. Компоненты качества жизни беременных и их оценка в сравнении с данными женщин, зарегистрировавших брак / П.Е. Чесноков, С.В. Говоров, Г.Я. Клименко // Институт последипломного медицинского образования – 25 лет: сб. науч. тр. – Воронеж: Издательство «Консилиум»,2008. – С. 52-54.
3. Green D. R., Wegmann T. G. – The immunotrophic role of T cells in organ generation and regeneration. Ptogr. Immunol., 1986, 6, 1100–1112.
4. James W.P., Ferro-Luzz A., WaterlowJ.C. Definition of Chronic Energy Deficiency in Adults. Report of a Working Party of the International Dietary Energy Consultative Group // European Journal of Clinical Nutrition. 1988. 42. Pp. 969-81.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ В БЕЛАРУСИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ

Е. М. Тищенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На рубеже XIX-XX веков в Беларуси возникает частная форма в системе многоукладности организационных форм медицинской помощи. Действительно, высокая стоимость частных медицинских услуг делала их доступными только конкретным слоям населения, а именно лицам с большими доходами. С другой стороны, в открывающихся частных лечебницах (1887-гинекологическая, 1904 – зубная, Гродно; 1889 – акушерская, Бобруйск; 1903 – глазная, Минск) зарождалась и оказывалась не столько общая, сколько специализированная помощь, а зубоврачебная помощь носила исключительно частный характер. Кроме того, вслед за аптеками организуемые частные кабинеты (Витебск, 1894; Минск, 1902) проводились химико-бактериологические, а затем (Минск, 1904) и патолого-гистологические исследования.

Репозиторий ГрГМУ

В 1907-1910 гг. в Минске организованы частные лечебницы: акушерско-гинекологическая, зубная, физических методов лечения и ортопедии. Частные лечебницы имели небольшое число коек. Так, в 1912 г. в Минске действовали 7 хирургических лечебниц на 8 и одна на 10 коек; 2 гинекологические на 14, 2 на 9, одна на 6 коек; родильный приют на 2 койки; офтальмологическая на 6 коек. В Гродно сохранились два жилых дома врачей (1906, 1911), в которых проводился прием больных.

В период нэпа была введена плата за медицинскую помощь в городах и для конкретных социальных групп. Так, с 1 мая 1922 г. в Витебской губернии плату вносили «Страховой Совет – за рабочих и служащих, Губэвак – за беженцев, Помгол – за прибывающих голодающих, индивидуально – кустари, земледельцы, нетрудовой элемент». Коечный фонд распределялся на три группы: хозрасчетный, застрахованный и бесплатный. К примеру, 10 июня 1922 г. совещание главных врачей больниц Витебска постановило больницы еврейскую и Красного Креста перевести на хозрасчет, оставив 40% коек для бесплатной помощи. В мае-июне 1922 г. доход больницы Красного Креста образован на 63,4% за счет платной помощи, 31,3% - из страховой кассы, 5,2% - из средств губздрава . Во второй половине 1922 г. в больницах Витебска койко-день стоил от 3 до 6 млн. руб., а амбулаторное посещение – 500 тыс. руб. Несдерживаемая инфляция влияла на величину тарифов на медицинские услуги. Так, если в мае цена за роды составляла 10 млн., то в ноябре – 75 млн. руб. Укажем для сопоставления месячный доход врача 300-500 млн. руб.

От оплаты также освобождались красноармейцы и члены их семей, безработные члены профсоюза, иждивенцы и беднейшее население по справкам социального обеспечения. Лечение инфекционных, венерических, психических больных тоже было бесплатным.

В Западной Беларуси соответствии с распоряжением от 28 марта 1928 г. в общественных больницах вводился принцип самоокупаемости, в том числе за счет взимания оплаты стоимости лечения от больных. Притом, что оплату лечения государственных служащих производило государство. Так, с 1 января 1929 г. в городской больнице Бреста была установлена оплата за койко-день 7 злотых для местных жителей и 8,5 злотых для иногородних. Однако уже к 1934 г. такса снизилась до 4-5 злотых. Размер тарифов за стационарное лечение устанавливался в пределах себестоимости. Тарифы утверждали местные органы власти, которые и обеспечивали их оплату. Они были вариабельны и зависели от вида помощи. Так, в 1930-е годы хирургический и акушерско-гинекологический койко-день стоил в Полесском воеводстве 5-10, Белостокском 4,5-6,5; соответственно терапевтический 4,8 и 3,5-5,5; инфекционный 2-5 и 2,5-4,5 злотых. Для сопоставления приведем зарплату врача государственных больниц Новогрудского воеводства (1931): 370-440 злотых, а также цены на некоторые продукты питания (1939): 1 кг хлеба – 0,29, сахара – 1, говядины – 1,05, животного масла – 3,8 злотых. Необходимо также констатировать, что стоимость лечения покрывалась из нескольких источников (например, в 1938 г. в 6 из 14 больниц Белостокского

Репозиторий ГГМУ

воеводства больные оплачивали до 40% стоимости). Так, в 1938 г. в Гродненской городской больнице в 40,8% средства поступали из общественных страховых учреждений, 34,2% оплачивали больные, 25% - территориальные самоуправления. При этом средняя длительность лечения самооплачиваемых была самая низкая, что можно расценить и как результат воздействия на отношение больного к нахождению в больнице.

В ряде городов открывались частные лечебницы. Так, к 1938 г. в Гродно действовали 4 такие лечебницы акушерско-гинекологического и хирургического профиля по 5-10 коек. А в 1936 г. в Полесском воеводстве 40,3% всех врачей являлись вольнопрактикующими. Тарифы устанавливались по договорам или использовались принятые органами власти для данной территории.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ

В. К. Третьякевич, Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский, О. В. Чечков, Е. И. Трусь, А. С. Балбатун.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Особенно актуальной является проблема здоровья студенческой молодежи. Студенты относятся к числу наименее социально защищенных групп населения, в то время как специфика учебного процесса и возрастные особенности предъявляют повышенные требования практически ко всем органам и системам их организма. Анализ научной литературы, посвященной здоровью студенческой молодежи, показывает, что за время обучения в вузе здоровье студентов не только не улучшается, но и в ряде случаев ухудшается. Сами студенты практически не предпринимают никаких мер к укреплению своего здоровья, хотя в рейтинге ценностей ставят здоровье на второе место после образования, вполне понимая, что высокий уровень здоровья дает конкурентные преимущества на рынке труда. Многие авторы обращают внимание на крайне высокую интенсивность современного учебного процесса, при котором студенты испытывают серьезный рост учебных нагрузок, который происходит при одновременном снижении физической активности и отсутствия сформированной приверженности к здоровому образу жизни. Указанные факторы негативно сказываются на состоянии физического и психического здоровья студентов.

Нами было изучено отношение студентов медицинского университета к здоровому образу жизни. В опросе с помощью специально разработанной анкеты принимали участие студенты 1 (179 человек) и 5 (262 человека) курсов лечебного факультета. На наш взгляд, такая подборка респондентов позволила сравнить осведомленность о данной проблеме у студентов как недавно начавших обучение в вузе, так и тех, кто через год станут выпускниками. В оценке состояния своего здоровья большинство

Репозиторий ГрГМУ

опрашиваемых выбрали ответ «удовлетворительное» (39,2% студентов 1 курса и 42,8% представителей 5 курса). Только 1,2% студентов 1 курса и 0,5 % студентов 5 курса считают своё здоровье плохим. 69,0% опрошенных первокурсников, а также 62,6% пятикурсников внимательно и заботливо относятся к своему здоровью. Неприятно удивили достаточно высокие цифры безразличного отношения к собственному здоровью как у первокурсников (9,36%), так и пятикурсников (11,2%). Среди причин, которые мешают в полной мере заботиться о своем здоровье, большинство опрашиваемых первокурсников назвали дефицит времени (75,44%). У пятикурсников этот показатель был ниже– 48,1%. Также обращали на себя внимания такие варианты ответов как «наличие более важных дел» (среди первокурсников– 18,71%, среди пятикурсников – 21,03%) и «отсутствие единомышленников» (на 1 и 5 курсах – 2,34% и 7,16% соответственно). Среди анкетируемых первокурсников «никогда не пробовали курить» 67,9% студентов. Среди пятикурсников этот показатель незначительно отличался - 59,0%. Вызывает тревогу тот факт, что ответ «курю постоянно» среди студентов первого курса выбрало 2,9% опрошенных, а среди студентов 5 курса - 21,0%, что более чем в 7 раз превышает по сравнению с 1 курсом. Алкоголь является одним из основных факторов, угрожающих развитию ЗОЖ. Результаты ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы спиртные напитки (включая пиво)?» имеют колоссальную разницу. 35,1% студентов 1 курса не пьет спиртное принципиально (по убеждениям), причем среди студентов 5 курса только 7,1% выбрали данный вариант ответа. На вопрос об употреблении каких-либо таблеток или химических веществ одурманивающего действия положительно ответили 2,3% студентов 1 курса и 3,3% студентов 5 курса. Таким образом, полученные данные позволяют выявить проблемные места в формировании здорового образа жизни у студенческой молодежи с целью эффективного и своевременного влияния на них.

ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Е. И. Трусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность здорового образа жизни обусловлена в современном мире возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих сдвиги в состоянии здоровья. Изменяются приоритеты в жизни людей, всё чаще можно встретить разновидности девиантного поведения, гедонистические формы поведения, пьянство и наркомания становятся способом решения проблем. СМИ постоянно демонстрируют примеры безнравственного поведения. Ослабевают влияние семьи и религии на, ориентиры на создание семьи. В таких условиях постоянно предпринимаются попытки усилить роль религиозной

Репозиторий ГрГМУ

принадлежности в медицинской активности населения. Религиозность является устойчивым ориентиром образа жизни, поведения индивида. Для современной молодёжи свойственны и нравственные и материальные цели.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это «…состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». В соответствии с этой концепцией забота о сохранении здоровья должна осуществляться на трёх уровнях: физическом, духовном и социальном. Здоровье обусловлено не только наследственностью, но и духовным потенциалом. Для того, чтобы чувствовать себя здоровым человеком, важно иметь духовное благополучие. Духовное здоровье характеризует нравственность общества, является категорией психического здоровья. С точки зрения философии здоровье - это та ценность, которую надо охранять, защищать и завоёвывать. Многие люди теперь осознают свою ответственность за общественное и личное здоровье [2].

Изучение влияния религиозного воспитания на образ жизни человека и выявление закономерностей формирования здорового образа жизни в религиозных семьях проводилось неоднократно. Исследования духовных ориентаций и жизненных ценностей студенчества очень актуально, так как они дают возможность оценить ценностный фундамент молодёжи. Изучение религиозности на образ жизни достаточно сложно, так как трудно фиксировать индикаторы религиозности. Ценностное отношение к здоровью зависит от религиозности личности.

Студентами гродненского медицинского университета произведен опрос 260 респондентов по специально разработанной анкете: из них 29% – юноши, 71% – девушки. В анкету было включено 28 вопросов открытого и закрытого типа. Распределение анкетируемых лиц по возрасту: 18 летние - 20%; 19 летние – 16%; 20 летние - 27%; имеющие 21 год-16%, остальные участники (21%) в возрасте 22-47 лет. Родились и проживают в городской местности-77%, в сельской местности - 23%. Среди опрошенных лиц были люди различных конфессий. Считают свой образ жизни здоровым 32% анкетируемых, частично здоровым 52%. Определяют, что здоровье это духовный и физический комфорт 48% опрашиваемых. Главные факторы, которые влияют на здоровье, по мнению молодых людей это вредные привычки (96%), образ жизни (92%), питание и окружающая среда (91%), наследственность (85%), нравственные и моральные устои (43%), религиозные убеждения (21%). Более половины респондентов считает, что приобщение к ЗОЖ зависит от религиозного воспитания. Религиозность можно рассматривать как воздействие религиозных институтов на человека или следование личности религиозным традициям. На момент опроса 40% юношей и 60% девушек курят. Интересно, что 75% опрошенных считают, что курение не является результатом плохого религиозного воспитания. Употребляют слабые алкогольные напитки (28%), крепкие алкогольные напитки (24%), не употребляют алкоголь (38%). Согласно результатов исследований американских ученых К. Эллисон и Д. Левина чем более

Репозиторий ГрГМУ

активен человек в религиозной жизни, тем более низкий уровень заболевания алкоголизмом, табачной зависимостью [1]. По мнению опрошенных студентов факторы, которые могут изменить образ жизни это болезнь (33%), наглядная информация в фактах и цифрах (14%), пример родных и близких (17%), религиозные убеждения (3%). Из всех опрошенных только 33% считают, что ведут здоровый образ жизни. Респонденты отмечают, что подвергаются стрессам (58%), основные причины, вызывающие стресс: одиночество (37%), проблемы в коллективе (51%), проблемы с учебой проблемы (45%), проблемы в семье (48%),психологическая неустойчивость (42%),финансовые трудности (37%). Выделяют основные методы борьбы со стрессом: занятие любимым делом (69%), общение (70%), занятие спортом (68%), употребление алкоголя, табака (19%), посещение храма (24%), туризм (20%). Для 44% респондентов имеет большое значение религиозное воспитание, 42%- посещали воскресную школу, 50% будут приобщать своих детей к религии. Религиозное воспитание в семье непосредственным образом сказывается на отношении к практике медицинского вмешательства.

Религиозность становится значимым фактором жизни общества и все больше регулирует различные практики социального взаимодействия, в том числе и в сфере медицины. В качестве иллюстрации можно привести данные 2011 года: 40 % от числа всех опрошенных говорят, что знают людей, которым вера в Бога помогала справиться с болезнью. Чаще всех такой ответ дают работающие в области медицины и здравоохранения (64 %), православные христиане (49 %) [3].

Влияние религии на здоровый образ жизни имеет большое значение для формирования физически и духовно здоровой нации. В современных условиях существует множество вредных факторов, которые негативно влияют на человека, вызывают физические и духовные болезни. Молодые люди стоят перед выбором жизненного пути, анализируют опыт прошлых поколений, опыт своих родителей и учителей, друзей и близких. Именно к ним обращаются за подсказкой. Наша задача укрепить духовные связи, воспитать нравственно здоровых и перспективных молодых специалистов.

Литература**:**

1. Андриянова, Е.А. Социологический анализ медицинской активности населения в аспекте религиозной принадлежности Е.А.Андриянова, Ю.А.Позднова , Е.Н.Медведева // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.
2. Матвейчик, Т.В. Содействие здоровому образу жизни : учеб.- метод. пособие / Т.В.Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В.Матвейчик. – 2-е изд., испр. – Минск : РИПО, 2014. – 276 с. - 73 с.
3. URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8109 (дата обращения: 02.05.2016).

Репозиторий ГрГМУ

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

В. И. Филипович

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сегодня основное послание, скрытое в непреднамеренном противостоянии врача и пациента, основной источник конфликтных содержаний во взаимодействии внутри данной диады, заключается в предложении (или принуждении) пациенту, исходящем от врача, утратить часть себя, передать ответственность и уйти в отчуждение от собственной телесности.

В современном мире с уже давними традициями отчуждения, наниматель предлагает работнику отчуждать свой труд, его процесс и результат [5] Такое отчуждение порождает отвержение и отчуждение личности нанимателя, человек начинает отчуждать другого человека. Ценности общества потребления, как и ценностный вакуум переходных сообществ, отчуждают человека от вещественного мира, мира реальных предметов и мира культуры. Личность переживает неудовлетворенность своей жизнью, воспринимает ее разорванной, фрагментарной, другой человек переживается как враждебный объект. Более того, человек переживает самого себя, все свои проявления, как чуждые, управляемые внешними силами. Экзистенциальные страдания в итоге приводят к переживанию утраты себя, человек утрачивает связь с самостью, становится душевнобольным как абсолютно самоотчужденным [10].

Опыт личности в историческом масштабе, которая однажды смогла осознать себя и отделить от внешних обстоятельств, и затем попавшая в водоворот процесса отчуждения, насчитывает несколько сотен лет. Опыт отчуждения человека предмодернистского, модернистского и постмодернистского состояния сообществ все-таки оставляет поводы для оптимизма. В современном постмодернистском наиболее фрагментарном, хаотическом и отчужденном дискурсе молодые сохраняют стремление к осмыслению жизни, проявляют «волю к смыслу» [9]. Во всех сферах человеческих отношений время от времени, дискретно, но, тем не менее, возникают экзистенциальные акценты на личности, на самости как центре ответственных выборов во взаимодействии с миром и другим человеком.

Состояния экзистенциального неблагополучия [3; 9] в равной степени захватывают и врача, и пациента как участников одного общества. Вместе с тем, выше названные ответственные и осознанные отношения, находят место в диаде «врач - пациент», операционализируются в новых моделях взаимодействия.

Препарируя психологическую природу отчуждения, можно утверждать, что оно возникает в результате бездумного подчинения внешним силам, потери, по мнению К. Хорни, интереса к себе [2], потери «необходимости себя» [4]. Дж. Накамура, следуя концепции потока М. Чиксентмихайи, утверждает, что противоположность отчуждению –

Репозиторий ГрГМУ

включенность, характеризуется балансом и интеграцией активных и рецептивных способов взаимодействия [2], то есть диалогичностью, по сути. Отчуждение как нарушение этого баланса может иметь два проявления: полное подчинение объекту и полное подавление объекта.

В диаде «врач – пациент» как в диаде экзистенциального взаимодействия человека с Другим, можно проследить все процессы и проявления отчуждения. Фигура врача в предмодернистском обществе архетипически нагружена, предполагает полное подчинение ведомой личности традиционных сообществ Целителю – проводнику высших сил, обладателю потусторонним иррациональным знанием. Модернистское состояние общества наделило врача носительством ценностей всемогущества науки. Незрелая в историческом эволюционном смысле личность полностью подчинялась давлению объекта – обладателя рациональным знанием. Вместе с тем «рациональный» человек исхода модернистской эпохи ощутил иррациональный страх отчуждения, будучи пациентом, во взаимодействии с врачом, и стал терять доверие к медицинской науке. Пациент переживает свое собственное тело, непонятное в его патологических процессах и более знакомое другому человеку как «тело – для – другого … непостижимое и отчужденное» [8].

Современный пациент, пришедший на прием к врачу, может в своих отношениях к другому человеку проявлять все типы рациональности, идентифицировать себя с различными историческими моделями отношения к миру. В постмодернистском обществе, кроме этой множественности проявлений, проступает отчуждение как полное отстранение от объекта, утрата себя и Другого. Такой пациент наиболее нигилистичен.

Все способы отчуждения, демонстрируемые современным пациентом, характеризуются смыслоутратой. Подчиняющийся пациент проявляет конформизм и не может сотрудничать вне бдительного контроля со стороны врача, подчиняющий – враждебен и манипулятивен, полностью отстраненный – скептичен, обесценивающий любые усилия. Вместе с тем, усматривая выше упомянутые обнадеживающие тенденции, можно встретить пациентов, устремленных к смыслу и ответственности, рефлексирующих контакт с врачом. Такой пациент более не желает отчуждать никакие части себя, и такую важную часть как непосредственно данную в опыте телесность. Пациент стремится взять ответственность за свои состояния, за состояния своей телесности.

Пациент, перешедший к рефлексивному, отстраненному пониманию своей телесности и ее болезненных процессов, и здесь, может проявиться двояко [7]. На этом пути рефлексирования, пациент, как и всякий человек, может потерять понимание, направление и, в итоге, доверие к медицине в частности. Скептицизм, отказ от обращения к медикам – это один из возможных поворотов на пути к осмыслению. Обретение новой осознанной точки отсчета в отношениях с другим человеком по поводу себя и своей жизни – другой поворот на этом пути. Рефлексивный скептицизм по внутренней природе является итогом отличных от отчуждения усилий

Репозиторий ГрГМУ

личности. Пациент сохраняет тенденции к поиску смысла и испытывает тревогу от неудачи на пути поиска смысла. Пациент, осуществивший рефлексивные усилия в обоих вариантах успешности этой попытки, более не желает подчиняться объекту, нацелен на ответственность и субъектность во взаимоотношениях с врачом. Вместе с тем, человек, принявший свою жизненную ситуации с рефлексивной перспективы, принимает и уникальность Другого, в частности понимает врача как носителя особых профессиональных знаний и умений и не обесценивает ни эту ролевую позицию, ни личность врача.

Врач как агент этой системы, обреченный на профессиональную ответственность, также обречен на поиск точки опоры в этических ценностных, а значит, рефлексивных, системах. В частности выделяют этические модели Гиппократа, Парацельса, деонтологическую модель, биоэтику, постмодернистскую «смыслоспасающую» этику ответственности Ханса Йонаса [6]. Биоэтика и этика ответственности «объясняют» врачу и делают возможной субъект – субъектную парадигму во взаимоотношениях в диаде «врач – пациент». Ценностные ориентиры помогают врачу определить, разглядеть в отчужденном и враждебном пациенте рефлексирующего субъекта, личность, выбрать тактику взаимодействия с человеком.

Понимание экзистенциальной сущности взаимодействия с Другим, ценностные координаты профессиональной деятельности позволяют определить место и время существующим многочисленным рекомендациям врачу по установлению эффективной коммуникации с пациентом. Часто советы по подстройке – присоединению к пациенту, преодолению сопротивления пациента, демонстрации уважения к пациенту, которое врач не обязательно может испытывать, носят откровенно манипулятивный характер, абсолютно безосновательны и нелепы в общении с рефлексирующим, ответственным пациентом.

Еще психотерапевты Дюбуа и А. Адлер [6] «обнаружили» у пациентов стремление узнать как можно больше о своем заболевании. Современный врач, относящийся к пациенту как к объекту, манипулятору, ничего, кроме раздражения не обнаружит у себя в ответ на дотошность и сомнения у пациента, начитанного в Интернете о своем заболевании, о фармакологических препаратах и других врачах. Вместе с тем, за демонстрацией этих сомнений обнаруживается стремление пациента установить открытое информационное сотрудничество с врачом, за тревогой о своей телесности стоит ответственное отношение к ней и к своей жизни. Современный врач – не целитель древности, он опирается на модель болезни, устраняет патологию телесности и вынужден относиться к личности больного человека как к не всегда удобному артефакту. В этой ситуации лучшее, что могут сделать участники этой особой диады: врач и пациент – с ответственностью, каждый со своей ее мерой, взаимодействовать по поводу нарушений соматического состояния пациента.

Резюмируем. Классические модели взаимодействия врача и пациента [1] четко отражают смысловые позиции взаимодействующих. Вместе с тем,

Репозиторий ГрГМУ

основанием моделей является представление о враче как организующем взаимодействие, ролевая позиция пациента определяется поведением врача и является вторичной. Модели не рассматривают тех преобразований в широком социальном контексте, которые привели к самой возможности выделить типологические вариации в ролевых позициях. Указанные пробелы позволяют обратить внимание на тенденции в развитии социумов, приводящие к содержательным изменениям социальных ролей врача и пациента, к преобразованиям внутри указанных дискурсов. Социальные закономерности определяют основания типологических тенденций в исполнении роли не только пациента, но и врача. Широкий социальный контекст в понимании взаимодействия врача и пациента задает и более широкие рефлексивные рамки, уводит типологические модели и понимание психологических процессов в указанной диаде от ограничений узких контекстов внутриличностных радикалов и психологических закономерностей динамики малых групп. Врач и пациент становятся равноправными участниками исторических, социальных, профессиональных процессов. Человек понимается, как способный организовать собственное здоровьесберегающее поведение, понимать роль и место в собственной жизни сотрудничества с врачом по поводу своего здоровья. Последовательная рефлексивная и неотчужденная позиция обоих участников диады «врач-пациент» приведет к сохранению психического и соматического здоровья граждан.

Литература

1 Витч, Р. Модели взаимоотношения врач-пациент [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931. – Дата доступа: 28.04.2016.

2 Леонтьев, Д.А. Смыслоутрата и отчуждение / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Культурно-историческая психология. – 2007. – № 4. – С. 68–77

3 Мадди, С. Смыслообразование в процессах принятия решения / С. Мадди // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87–101.

4 Мамардашвили, М.К. Необходимость себя / М. К. Мамардашвили. – М. : Лабиринт, 1996. – 432 с.

5 Маркс, К. Экономическо-философские рукописи 1844 года / К. Маркс, Ф Энгельс // Соч. – Т. 42. – С. 41174 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psylib.org.ua/books/marxk01/index.htm. – Дата доступа: 23.04.2016.

6 Носачев, Г.Н. Эффективно общение и предупреждение конфликтов в системе «Врач-Пациент» : Научно-практическое пособие / Г.Н. Носачев. – М. : Форум, НИЦ ИНФРА–М, 2015. – 104 с.

7 Рубинштейн, С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2003. – 512 с.

8 Сартр, Ж.П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии / Ж.П. Сартр. – М. : Республика, 2000. – 639 с.

9 Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.

10 Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм, – М. : АСТ : Транзиткнига, 2005. – 571 с.

Репозиторий ГрГМУ

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РАБОТАЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ (МИКРОБНОГО ФАКТОРА)

В. А. Филонюк[1], В. В. Шевляков[2], Г. И. Эрм[2], Е. В. Чернышова[2]

[1]Министерство здравоохранения Республики Беларусь

[2] РУП «Научно-практический центр гигиены», Беларусь

Промышленные штаммы микроорганизмов (бактерии, дрожже-подобные и плесневые грибы и др.) широко используются во многих отраслях промышленности в качестве продуцентов белка, биологически активных веществ (ферментов, антибиотиков, аминокислот, витаминов) и других продуктов микробиологического синтеза, являются основой микробиологических препаратов для биологической защиты и повышения урожайности сельскохозяйственных культур, деградации токсичных отходов, а также в производствах хлебопекарной, мясной, сыро-молочной и прочей продукции.

Это определяет значительный контингент работников (более 50 тысяч), профессионально подвергающихся ингаляционному воздействию живых клеток и спор микроорганизмов-продуцентов.

Промышленные штаммы микроорганизмов-продуцентов не обладают патогенностью, но проявляют в экспериментах за счет своих белково-антигенных комплексов, как правило, сильную или выраженную сенсибилизирующую способность (1-2 класс аллергенной опасности), что обусловливает высокий риск развития профессиональной аллергической и производственно обусловленной иммунозависимой патологии у работников. Действительно, при ингаляционном поступлении микроорганизмов-продуцентов или микробных препаратов на их основе в организм работников при производстве и применении в основном формируются аллергические и иммунотоксические эффекты, сопровождаемые высокой частотой субъективных и объективных клинических проявлений аллергического процесса.

Ранее нами изучены на основе информированного согласия особенности состояния здоровья более 100 работников, контактирующих с разными видами и штаммами микроорганизмов-продуцентов на биотехнологических производствах (Бобруйский завод биотехнологий, Минский дрожжевой комбинат, Скидельский сахарный комбинат), общепринятыми методами клинического осмотра, структурированного интервьюирования, анализа крови, лабораторными иммуноаллергологическими тестами и методиками с клетками и сывороткой крови, методами аллергодиагностики и оценки показателей иммунологической резистентности кожи и слизистых оболочек обследуемых лиц.

С использованием полученных тест-аллергенов из микроорганизмов-продуцентов у 86% обследованных работников Бобруйского завода

Репозиторий ГрГМУ

биотехнологий установлена выраженная бактериальная полисенсибилизация и у 75% работников Минского дрожжевого и Скидельского сахарного комбинатов выявлены высокие уровни аллергодиагностических реакций на грибковые тест-аллергены на фоне выявленных существенных сдвигов со стороны морфофункциональных показателей различных звеньев системы иммунитета, что и обусловливает высокую частоту у работников (в 2,8-16 раз превышающую аналогичную в группе сравнения) и возрастание с увеличением профессионального стажа субъективных и объективных клинических проявлений аллергического процесса и вторичных иммунодефицитных состояний на избыточное воздействие гетероантигенов различных промышленных штаммов микроорганизмов-продуцентов.

Следовательно, ведущим вредным производственным фактором при производстве и использовании микроорганизмов-продуцентов являются аллергоопасные промышленные аэрозоли, их содержащих, что определяет высокий риск развития профессиональных аллергических и производственно обусловленных иммунозависимых заболеваний у работников при постоянном (при производстве) или периодичном (чаще при использовании) производственном контакте с микроорганизмами-продуцентами.

Если следовать классической схеме медицинской профилактики вредного действия любого производственного фактора, выделяют 4 аспекта медицинской профилактики.

Наиболее эффективной мерой обеспечения гигиенической безопасности условий труда работников является установление, контроль и соблюдение предельно допустимых концентраций в воздухе рабочей зоны микроорганизмов-продуцентов. Однако большинство используемых микроорганизмов-продуцентов и производимых на их основе микробных препаратов не имеют гигиенических нормативов и методов контроля, что с учетом их сильной сенсибилизирующей способности потенциально обусловливает высокую степень аллергоопасности условий труда работников и опосредованный уровень риска (до 30 %) развития профессиональных аллергических заболеваний.

При производстве и использовании микроорганизмов-продуцентов и микробных препаратов на их основе возможно загрязнение ими производственной среды, выделение в воздух рабочей зоны с вредным воздействием на здоровье работников, прежде всего, за счет их гетероантигенности и формирования в организме аллергических и иммунотоксических эффектов.

Однако до настоящего времени при осуществлении гигиенической регламентации в производственных средах отсутствует объективные критерии определения степени сенсибилизирующей активности, степени патогенности и оценки классов аллергенной опасности, патогенности микроорганизмов-продуцентов и микробных препаратов, что не позволяет учитывать эти негативные свойства в определении ведущего их вредного действия на организм и лимитирующего показателя нормирования. В целом, методология гигиенического нормирования в воздухе рабочей зоны

Репозиторий ГрГМУ

микроорганизмов-продуцентов и микробных препаратов, разработанная Алексеевой О.Г. еще в советское время, уже не позволяет быть уверенным в том, что установленные в соответствии с ней гигиенические нормативы (ПДК) обеспечивают сохранение здоровья работающих.

Нами, не отходя от принципа «нулевого риска» была предложена усовершенствованная методология гигиенического нормирования в воздухе рабочей зоны микроорганизмов-продуцентов и микробных препаратов (инструкции по применению № 008-0914 и № 009-1015, утвержденная Минздравом в установленном порядке), с использованием которой уже пронормировано в воздухе рабочей зоны около десятка микробных препаратов и аттестованы соответствующие методы контроля их содержания.

Кстати говоря, в рамках решения данной проблемы под научным руководством к.м.н., доцента В.А.Филонюка была защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук аспиранта республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены» Студеничник Татьяны Сергеевны «Особенности биологического действия и гигиенического регламентирования микроорганизмов-продуцентов и содержащих их биопрепаратов» по специальности 14.02.01 – гигиена.

Вместе с тем промышленные штаммы МО и биопрепараты на их основе как вредный производственный фактор не были включены в «Инструкцию о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих», утвержденную постановлением Минздрава от 28.04.2010 № 47, что, прежде всего, определяет необходимость включения в нее дополнением в приложение 1 самостоятельного вредного биологического фактора производственной среды «Промышленные штаммы микроорганизмов и микробные препараты», при контакте с которым работники должны проходить обязательные предварительные и периодические медосмотры.

Эта проблема, по сути, уже нами решена в рамках утвержденной в установленном порядке инструкции по применению № 030-1215, а также в новой редакции 47-го постановления Минздрава, которая прошла юридическую экспертизу Минздрава и в настоящее время проходит согласование с заинтересованными местными и республиканскими органами государственного управления.

Крайне затруднено подтверждение профессионального характера аллергического поражения организма работников биотехнологических производств путем проведения аллергодиагностики с использованием тест-аллергена из конкретного промышленного штамма микроорганизма-продуцента (как бактериальной, так и грибковой природы), с которым работники имеют производственный контакт, ввиду того, что коммерческие диагностические препараты с гарантированной специфичностью и активностью, с одной стороны, производят только для ограниченного круга и наиболее распространенных видов микроорганизмов, а для промышленных штаммов микроорганизмов-продуцентов они, как правило, отсутствуют, и, с

Репозиторий ГрГМУ

другой, – их применение далеко не всегда экономически обоснованно ввиду высокой стоимости диагностикума.

Данный вопрос также решен с утверждением Минздравом инструкции по применению № 020-1215, в которой изложены методы получения в любой медицинской лаборатории бактериальных и грибковых тест-аллергенов, стандартизированных по белку, которые, в свою очередь, являются специфичными и антигенно обособленными, не включают посторонних антигенов и могут применяться для аллергодиагностических исследований работников, профессионально контактирующих с соответствующими производственными штаммами бактерий и грибов и содержащими их микробными препаратами.

В настоящее время отсутствуют санитарно-гигиенические требования к биотехнологическим производствам микробного синтеза, формализованные в виде конкретных санитарных правил и норм, что не позволяет обеспечивать должный государственный санитарный надзор за подобными предприятиями. Эту проблему мы постараемся решить в ближайшие 2 года в ходе выполнения научно-исследовательской, опытно-конструкторской и опытно-технологической работы в рамках раздела «Медицинские биотехнологии» подпрограммы 1 «Инновационные биотехнологии 2020» ГП «Наукоемкие технологии и техника» на 2016-2020 гг.

Литература

1. Шевляков, В.В. Методические подходы к определению степени сенсибилизирующей способности и аллергенной опасности микроорганизмов-продуцентов и микробных препаратов / В.В.Шевляков, В.А. Филонюк, Г.И. Эрм, Т.С. Студеничник // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / М-во здравоохр. Респ. Беларусь, Науч.-практ. центр гигиены; гл. ред. С.И. Сычик. – Минск: РНМБ, 2014.– Т. 1, вып. 24.– С. 131-134.
2. Шевляков, В.В. Состояние здоровья работников биотехнологических производств / В.В. Шевляков [и др.] // Вестн. Витебского гос. мед. университета.– 2014.– Т. 13, № 3.– С. 127-138.
3. Филонюк, В.А. Особенности специфического вредного действия производственного микробного фактора на организм работников биотехнологических предприятий / В.А. Филонюк [и др.] // Донозология и здоровый образ жизни : науч.-практ. журнал.– 2015.– № 1 (16).– С. 35-41.
4. Критерии гигиенической оценки степени аллергоопасности производственной среды : инструкция 2.2.5.11-11-24-2003 / постановление Глав. гос. сан. врача РБ от 21.11.2003 № 142 / В.В. Шевляков [и др.] // Сбор. офиц. документов по медицине труда и произв. санитарии.– Минск, ПЧУП «Бизнесофсет», 2004.– Вып. XIII.– С. 106-121.
5. Шевляков, В.В. Аллергоопасность производственной среды и риск формирования профессиональных аллергических заболеваний, их профилактика / В.В. Шевляков // Охрана труда. – 2007. – № 10. – С. 61-67, 82-84
6. Методы экспериментального определения дисбиотического действия микроорганизмов-продуцентов и биотехнологических препаратов на их основе : инструкция по применению № 008-0914, утв. утверждена Глав. гос. сан. врачом РБ от 08.12.2015 / Н.В. Дудчик [и др.].
7. Обоснование предельно допустимых концентраций и методик выполнения измерения содержания в воздухе рабочей зоны микроорганизмов-продуцентов и содержащих их микробных препаратов : инструкция по применению № 009-1015, утв. утверждена Глав. гос. сан. врачом РБ 16.10.2015 / В.В. Шевляков [и др.].
8. Иммуно- и аллергодиагностика профессиональных аллергических заболеваний у работников, контактирующих с промышленными штаммами микроорганизмов-

Репозиторий ГрГМУ

продуцентов : инструкция по применению № 020-1215 / утверждена Глав. гос. сан. врачом РБ от 08.12.2015 / В.А. Филонюк [и др.].
9. Первичная и вторичная медицинская профилактика профессиональной аллергопатологии у работников биотехнологических производств: инструкция по применению № 030-1215 / утверждена Глав. гос. сан. врачом РБ от 07.04.2016 / В.А. Филонюк [и др.].

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ И МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ И ПОБУЖДЕНИЕ КУРИЛЬЩИКОВ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ, В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Е. Н. Хейфец

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», Беларусь

В зарубежных государствах функционирование программ, направленных на содействие курильщикам в отказе от курения, осуществляется в рамках реализации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака (РКБТ), участниками которой на данный момент являются 180 государств, в том числе и Республика Беларусь. В ст. 14 РКБТ «Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака» предусмотрена обязанность государств - участников принять эффективные меры для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости на своей территории [1].

Согласно данным ВОЗ, в 2014 г. около 1,1 млрд чел. могли воспользоваться услугами программ, предоставляющих помощь желающим бросить курить [2]. Более 50% участников РКБТ в отчетах в ВОЗ в 2014 г. сообщили о том, что на их территории меры по лечению табачной зависимости включены в объем деятельности учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. На территории 15 государств-участников РКБТ созданы специализированные клиники по лечению табачной зависимости [3].

В то же время, на территории каждого государства имеется свой опыт реализации программ в рассматриваемой сфере.

Например, в рамках реализации ст. 14 РКБТ в Австралии разработаны и распространяются руководства по борьбе с табакокурением, основанные на полученных научных данных, проводятся информационные кампании в СМИ, направленные на обосновании важности отказа от курения. Данные кампании направлены, в первую очередь, на женщин с особым упором на несовершеннолетних девушек, молодых женщин и беременных, проводятся, в том числе, посредством таких специализированных мероприятий, как «Всемирный день без табака», «Национальный день борьбы с табакокурением» [4]. Правительство Австралии содействует продвижению в стране программ по прекращению употребления табака и лечению от табачной зависимости посредством поддержки и субсидирования

Репозиторий ГрГМУ

производства никотинозамещающей продукции. Данные мероприятия являются частью государственной программы, которая в долгосрочной перспективе должна содействовать сокращению уровня курения в стране [4].

Правительство Австралии финансирует программы по оказанию помощи желающим бросить курить [4]. Реализация данных программ находится в совместном ведении правительства Австралии и правительств штатов. Программы по оказанию помощи желающим бросить курить представляют собой «горячую линию», позвонив по которой можно получить консультацию эксперта по поводу того, как наиболее эффективно спланировать процедуру отказа от курения и использовать никотинозамещающую продукцию. «Горячие линии» по оказанию помощи желающим бросить курить в Австралии доступны на английском и некоторых других языках. В случае подачи соответствующей заявки, лица, желающие бросить курить, могут получить в печатном виде «Руководство по отказу от курения», которое содержит советы специалистов о наиболее эффективных путях прекращения курения, данные об организациях в конкретном австралийском штате, которые оказывают услуги по рассматриваемой проблематике [4].

Австралийское правительство также предоставляет финансовую помощь лицам, желающим бросить курить, путем включения никотинозамещающей терапии в перечень мероприятий, финансируемых в рамках программы «Предоставление фармацевтических средств на льготной основе» (Pharmaceutical Benefits Scheme) [4]. Программа «Предоставление фармацевтических средств на льготной основе» предоставляет доступ австралийцам, имеющим низкий уровень дохода, к необходимым лекарственным препаратам на льготной основе [4].

Для участия в рассматриваемой программе и получения соответствующих медицинских препаратов по сниженной стоимости заинтересованным лицам необходимо иметь рецепт от врача общей практики и карточку, дающую право на предоставление льгот [5]. В число препаратов, входящих в список австралийской программы «Предоставление фармацевтических средств на льготной основе», входят такие препараты по лечению от никотиновой зависимости, как бупропион (доступен в рамках продукции двух производителей) и варениклин [4].

В рамках исполнения ст.14 РКБТ в Ирландии в числе прочих мер:

реализуются программы, пропагандирующие отказ от курения среди ряда отдельных категорий населения: женщины, беременные и т.п. [6]; в частности, Ирландское общество по борьбе с онкологическими заболеваниями в сотрудничестве с Ирландской службой по вопросам здравоохранения разработало программу по пропаганде отказа от курения среди женщин с низким уровнем дохода и беременных [6];

функционирует интернет-сайт, посредством которого курильщики могут принять участие в программе отказа от курения, получить оценку уровня своей никотиновой зависимости и серию сообщений по электронной почте по поводу отказа от курения. В данных сообщениях предоставляется

Репозиторий ГрГМУ

информация о том, как необходимо действовать в период до полного отказа от курения и в течение 4-х недель после отказа от курения [6];

функционирует национальная «горячая линия», где лица, желающие бросить курить, могут получить консультацию специалиста по данному вопросу [6].

Заинтересованные лица в Ирландии могут получить информацию по поводу отказа от курения также на специальной странице в Facebook, могут посещать с данной целью профессиональных специалистов, работающих как в медицинских учреждениях, так и в общественных организациях, предоставляющих подобные услуги [6].

Кроме того, в Ирландии реализуются программы по диагностике и лечению табачной зависимости в учреждениях здравоохранения [6]. При лечении табачной зависимости в Ирландии применяются никотинозамещающая терапия, препараты бупропион, вареникли[н [6].

В Венгрии в 2012 г. был создан Национальный методический центр по оказанию помощи желающим бросить курить, который финансируется за счет средств Европейского союза (ЕС). В рамках этого центра открыта бесплатная «горячая линия», посредством которой опытные психологи и врачи представляют информацию и консультационные услуги. В 2013 г. в Венгрии 90 институтов, занимающихся проблематикой борьбы с туберкулезом, вошли в сеть учреждений, занимающихся консультированием желающих бросить курить [7].

В Канаде в каждой провинции и территории, наряду с федеральной, может функционировать и отдельная программа по оказанию помощи желающим бросить курить. Например, программа по оказанию помощи желающим бросить курить, действующая в канадской провинции Британская Колумбия, реализуется одним из следующих путей [8]:

обеспечение 100%-го покрытия стоимости никотинозамещающей терапии (специфические никотиносодержащие жевательные резинки, пастилки, пластыри, ингаляторы) для лиц, желающих бросить курить;

субсидирование стоимости лекарственных средств (бупропион и вареникли[н), необходимых для оказания помощи курильщикам в отказе от курения.

В канадской провинции Онтарио также реализуется программа по оказанию помощи желающим бросить курить, целями которой являются [9]:

1. Информирование общественности о важности услуг по оказанию помощи в отказе от курения, которые оказываются сообществом фармацевтических работников, и обеспечение доступности подобного рода услуг.

2. Расширение доступа жителей Онтарио к услугам организаций, предоставляющих помощь в отказе от курения, включая консультирование по вопросам отказа от курения; расширение количества организаций, предоставляющих подобные услуги.

3. Предоставление пациентам соответствующих организаций доказавшего свою эффективность стандарта услуг и т.д.

Репозиторий ГрГМУ

В Коста-Рике и Панаме в целях пропаганды отказа от курения реализуется программа по рассылке на мобильные телефоны сообщений с соответствующим содержанием, в Норвегии разработано специальное приложение для мобильных устройств, которое посвящено вопросам борьбы с табакокурением [3].

В Финляндии, Швеции все большее количество работодателей платят премии своим сотрудникам за отказ от курения. В частности, компания «Пекканиска» платит свои сотрудникам, бросившим курение, 1000 евро в качестве премии в течение первого года отказа от курения и 170 евро ежегодно в течение последующих лет, если соответствующий сотрудник не стал курить вновь [10; 11].

В США стоимость медицинской страховки для курильщиков значительно выше (в 3–6 раз), чем стоимость соответствующей страховки для некурящих лиц, что также может рассматриваться как мера по побуждению курильщиков к отказу от курения [11].

В то же время, ВОЗ выделяет некоторые проблемы в реализации рассматриваемых мер на территории участников РКБТ. В частности, по состоянию на 2014 г., не во всех государствах - участниках РКБТ приняты меры по обеспечению доступа курильщиков к лекарственным препаратам, применяемым при лечении зависимости от табака. В одних странах такого рода препараты стоят слишком дорого, в других они отсутствуют в большинстве аптек [3]. Кроме того, по данным ВОЗ, вопросы, связанные с лечением табачной зависимости, на территории многих участников РКБТ в недостаточном объеме включены в программу обучения медицинских работников [3].

Таким образом, в рамках реализации мер по оказанию помощи и стимулированию курильщиков к отказу от курения в ряде зарубежных государств:

- реализуются информационные программы, пропагандирующие отказ от курения, в частности, среди ряда отдельных категорий населения: несовершеннолетние девушки и молодые женщины, женщины, беременные, женщины с низким уровнем дохода и т.д.;
- функционируют телефонные «горячие линии» (в некоторых странах их использование бесплатно), интернет-сайты, страницы в социальных сетях, приложения к мобильным устройствам, где заинтересованные лица могут получить всю необходимую информацию по поводу отказа от курения;
- осуществляются диагностика и лечение табачной зависимости в медицинских учреждениях (учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь; специализированные клиники по лечению табачной зависимости); как правило, с целью лечения табачной зависимости на территории зарубежных государств применяются препараты бупропион, варениклин и никотинозамещающая терапия;

Репозиторий ГрГМУ

– предпринимаются меры по субсидированию стоимости лекарственных средств, применяемых при лечении табачной зависимости; покрытию определенного процента стоимости никотинозамещающей терапии для лиц, желающих бросить курить;
– предпринимаются иные меры, побуждающие или стимулирующие курильщиков к отказу от курения (рассылаются на мобильные телефоны лиц сообщения с обоснованием необходимости отказа от курения; вводится повышенная стоимость медицинской страховки для курильщиков по сравнению с некурящими лицами; администрацией выплачивается премия своим сотрудникам, отказавшимся от курения и т.д.).

Программы по оказанию помощи курильщикам в отказе от курения могут реализовываться уполномоченными органами власти соответствующих государств во взаимодействии с органами власти субъектов федераций (в федеративных государствах), общественными организациями, научными институтами, субъектами хозяйствования.

Литература

1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака // Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2015. – Режим доступа: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_russian.pdf. – Дата доступа: 25.02.2016.
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2015 г. «Повышение налогов на табачные изделия» // Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204170/1/9789240694606_rus.pdf. – Дата доступа: 16.02.2016.
3. Глобальный прогресс в осуществлении РКБТ ВОЗ – сводный доклад. Доклад Секретариата РКБТ ВОЗ от 25 июня 2014 г. // Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_5-ru.pdf. – Дата доступа: 18.02.2016.
4. The Report of Australia in WHO about realization of the FCTC // Website of the WHO [Electronic resource]. – 2014. – Mode of access: http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/australia_2014_report_final.pdf. – Date of access: 20.02.2016.
5. Pharmaceutical Benefits Scheme // Website of the Australian Government Department of Human Services [Electronic resource]. – 2014. – Mode of access: https://www.humanservices.gov.au/customer/services/medicare/pharmaceutical-benefits-scheme. – Date of access: 25.02.2016.
6. The Report of Ireland in WHO about realization of the FCTC // Website of the WHO [Electronic resource]. – 2014. – Mode of access: http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/ireland_2014_report_final.pdf. – Date of access: 26.02.2016.
7. Доклад Европейского регионального бюро ВОЗ 2014 г. «Борьба против табака в действии. Ст. 8. Защита от воздействия табачного дыма: опыт Венгрии» // Сайт Европейского регионального бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/277162/Tobacco-control-practice-Article8-Protection-exposure-tobacco-smoke-Hungary-RU.pdf?ua=1. – Дата доступа: 27.02.2016.
8. BC Smoking Cessation Program // Website of the Government of British Columbia [Electronic resource]. – 2016. – Mode of access: http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/what-we-cover/drug-coverage/bc-smoking-cessation-program. – Date of access: 19.02.2016.
9. Pharmacy Smoking Cessation Program // Website of the Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario [Electronic resource]. – 2016. – Mode of access:

Репозиторий ГрГМУ

http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/smoking/smoking_faq.aspx. – Date of access: 19.02.2016.
10. Finnish Employers Pay Employees to Quit Smoking Habits // Balita [Electronic resource]. – 2010. – Mode of access: http://balita.ph/2010/02/22/finnish-employers-pay-employees-to-quit-smoking-habits. – Date of access: 19.02.2016.
11. Ташенова, Г. Современные тенденции в борьбе против табакокурения: краткий обзор мирового опыта / Г.Ташенова // G-Global [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: http://group-global.org/ru/publication/23514-sovremennye-tendencii-v-borbe-protiv-tabakokureniya-kratkiy-obzor-mirovogo-opyta. – Дата доступа: 19.02.2016.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Н. Е. Хейфец

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (ГУ «РНПЦ МТ»)

Обеспечение качества медицинского обслуживания – приоритетная цель деятельности системы здравоохранения. Необходимость создания эффективного механизма оказания качественной и доступной населению медицинской помощи явилась основной предпосылкой начала работ по разработке и внедрению стандартизованных технологий медицинской помощи и нормативов по обеспечению требуемыми для этого ресурсами, что связано с созданием необходимых условий для достижения запланированных показателей лечебно-диагностического процесса.

Управление качеством в здравоохранении трактуется как обеспечение качества медицинской помощи через достижение оптимальной степени упорядочения в отрасли путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, на основе критического анализа результатов научных исследований с учетом экономической целесообразности.

Качество медицинской помощи также могут обеспечить:

– стандартизация медицинских технологий (разработка и внедрение технологических стандартов – клинических протоколов; стандартов на ресурсы здравоохранения, которые содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию организаций здравоохранения, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, подготовке, использованию и т.п.; организационных стандартов, которые содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения и касаются систем управления, организации лечебного процесса, программ контроля качества и обеспечения безопасности организаций здравоохранения; стандартов на информационные технологии, обеспечивающих регламентацию параметров, требований и методов испытаний компонентов и средств информационных технологий;

Репозиторий ГрГМУ

образовательных стандартов, содержащих требования к квалификации, аттестации и сертификации медицинского, фармацевтического и вспомогательного персонала, и т.д.);
- отработка разноуровневой системы контроля и экспертизы качества медицинской помощи (регламентация функций экспертов различных ступеней контроля, главных специалистов, уточнение методологических принципов и объемов клинико-экспертной работы);
- разработка и внедрение автоматизированной системы управления качеством медицинской помощи;
- изучение и учет данных по удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской помощью, соблюдение принципов медицинской деонтологии;
- обеспечение непрерывности медицинского образования, организация работы клинических, патологоанатомических конференций и т.д.

Дальнейшее развитие систем управления качеством медицинской помощи связано с использованием принципов всеобщего управления качеством, которые предполагают ориентацию на потребителя медицинских услуг, лидерство руководителя, системный подход к управлению, участие всех работников в обеспечении качества, использование медицинских технологий, эффективность которых доказана.

Стандартизацией деятельности в здравоохранении предполагается обеспечить достижение и поддержание соответствующего современным реалиям уровня медицинской помощи, постоянное повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, надлежащее качество оказываемой населению медицинской помощи.

Несмотря на все многообразие форм и методов экспертизы качества медицинской помощи, считается возможным решить проблему контроля качества медицинского обслуживания только при наличии разработанных стандартов оказания медицинской помощи, когда методы оценки качества основаны на сопоставлении реальной ситуации с желаемой (оптимальной или идеальной). Формализованным представлением такой желаемой ситуации являются стандарты, а требования, заложенные в них, следует рассматривать как базовые (эталонные), обязательное выполнение которых обеспечивает определенный уровень качества в системе здравоохранения. Стандарт выступает как средство определения ожидаемого качества, как утвержденная модель, которой необходимо следовать и которая является основой для оценки процесса и результата. С позиции управления качеством стандарты должны определять:

- минимально допустимый уровень качества через обозначение обязательных требований, образующих основу программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения за счет средств бюджета;

Репозиторий ГрГМУ

– направления дальнейшего совершенствования качества через формулирование дополнительных требований, носящих рекомендательный характер.

Необходимость стандартизации определяется потребностями системы здравоохранения по непрерывному обеспечению качества, так как документы системы стандартизации создают нормативную основу для оценки качества и формирования показателей конкретных медицинских услуг.

За рубежом стандартизация в медицине нашла свое применение как метод контроля качества медицинской помощи и ограничения стоимости медицинских услуг. Медико-экономические стандарты позволили остановить неконтролируемый рост затрат на охрану здоровья и, в значительной мере, обеспечить высокое качество медицинской помощи. Сегодня подходы к стандартизации в медицине во всем мире сближаются, особенно в государствах с высоким уровнем финансирования здравоохранения на душу населения. Многие страны принимают за основу международные стандарты, вносят в них необходимые коррективы, отражающие национальные особенности.

Следует отметить, что в принятом в международном сообществе понимании медицинские стандарты являются набором критериев качества и эффективности медицинской помощи, которых необходимо достичь. Медицинские стандарты – это одна из технологий, влияющих на процесс достижения требуемого эффекта путем оказания качественной медицинской помощи. Стандарты действуют на национальном уровне, и с их помощью посредством индикаторов качества обеспечивается обратная связь с ЛПО или отдельным врачом, прослеживаются потребности ресурсного обеспечения системы здравоохранения.

Информационным источником для создания медицинских стандартов являются строго научные данные – клинические рекомендации (Clinical Practice Guidelines), разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу в принятии решения по оказанию рациональной медицинской помощи в различных клинических ситуациях.

Клинические рекомендации создаются на основании изучения доказательной базы применения лекарственных средств и медицинских технологий. Их разработкой занимаются специалисты крупных научных центров, таких как NICE (National Institute for Health and Care Excellence) в Англии и SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) в Шотландии. Созданию клинических рекомендаций предшествует длительная научная работа: для исключения систематической ошибки специалисты междисциплинарных рабочих групп ведут поиск и изучение доказательной базы по строго определенным критериям качества доказательств – их полноты, новизны, объективности.

Задачей специалистов, создающих медицинские стандарты, является изучение, сравнение, анализ и внедрение лучших доказательств из систематизированных исследований в клиническую практику для использования их в интересах пациентов.

Репозиторий ГрГМУ

В странах СНГ, используя авторизованные переводы рекомендаций NICE и SIGN, создают адаптированные клинические руководства, на их основе разрабатывают унифицированные (национальные) клинические протоколы, которые, в свою очередь, служат основой разработки локальных клинических протоколов и клинических путей организаций здравоохранения.

Так как информация о существующих клинических рекомендациях является общедоступной, то национальные разработчики адаптируют эти рекомендации к условиям соответствующего государства и создают на их основе стандарты (в Республике Беларусь – клинические протоколы) с включением в них эффективных технологий и лекарственных средств, зарегистрированных в данной стране.

Таким образом, в нашей стране стандартизация медицинской помощи осуществляется путем разработки клинических протоколов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, основанных на принципах доказательной медицины; внедрения формулярной системы и формирования ограничительных списков – перечня основных лекарственных средств, республиканского формуляра, формуляров организаций здравоохранения.

Формулярная система, эффективность функционирования которой доказана опытом самых передовых стран мира, безусловно, способствует рациональному и оптимальному лекарственному обеспечению населения Республики Беларусь. Правильно внедренная формулярная система позволяет сократить число наименований закупаемых лекарств и помогает теми же средствами закупать большее количество безопасных и эффективных лекарственных средств. Наличие списка используемых в учреждении здравоохранения лекарств позволяет проводить целевые программы повышения квалификации врачей и собирать более полную информацию о лекарственных средствах. В рамках стратегии «фокус на врача» формулярная система обеспечивает врачам научно обоснованный подход к фармакотерапии, поскольку формуляр лекарственных средств является средством создания и обновления стандартов качества лечения в конкретных лечебно-профилактических организациях. Формулярная система обеспечивает максимальную терапевтическую эффективность при оптимизации затрат, а также безопасность фармакотерапии для конкретного больного, реализуя стратегическую линию ВОЗ «фокус на пациента».

В 2014 г. положения о Республиканском формуляре впервые внесены в законы Республики Беларусь «О лекарственных средствах» и «О здравоохранении».

Закон «О здравоохранении» дополнен определением: "Республиканский формуляр лекарственных средств – список лекарственных средств с доказанной эффективностью, допустимой безопасностью, наиболее экономически выгодных при использовании бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение» и статьей «392. Республиканский формуляр лекарственных средств, Республиканский формуляр медицинских изделий», в соответствии с которой:

«…Республиканский формуляр лекарственных средств является основой для формирования и разработки: перечня основных лекарственных

Репозиторий ГрГМУ

средств; годовых планов государственных закупок лекарственных средств; клинических протоколов; методов оказания медицинской помощи.

Республиканский формуляр медицинских изделий является основой для формирования и разработки: годовых планов государственных закупок медицинских изделий; клинических протоколов; методов оказания медицинской помощи».

Создание и внедрение Республиканского формуляра и Перечня основных лекарственных средств – пример конкретной реализации в Республике Беларусь рекомендаций ВОЗ по порядку формирования ограничительных перечней лекарственных средств, что уже осуществлено во всех государствах, граничащих с нашей страной, вне зависимости от их нахождения в различных межгосударственных образованиях (Евросоюз, СНГ, ЕАЭС).

Республиканский формуляр и Перечень основных лекарственных средств – в настоящее время основные ограничительные списки лекарственных средств в республике; реализация лекарственных средств, которые включены в них, осуществляется за счет средств, предусмотренных на здравоохранение в республиканском и местных бюджетах. Формулярная система требует проведения фармакоэкономических исследований, благодаря которым проводится оценка клинико-экономической приемлемости лекарств в условиях функционирования системы здравоохранения республики.

АНАЗИЗ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ

Н. Е. Хильмончик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В Европе продолжительность подготовки медицинских специалистов составляет 11–12 лет (5 лет приходится на усвоение общенаучных дисциплин, 1–2 года – на общемедицинскую подготовку, 5 лет – на резидентуру по специальности). По окончании обучения сдается экзамен. В Германии подготовка медицинского специалиста занимает минимум 10 лет: первые 5 лет отводятся на получение базового медицинского образования, последующие 5 лет – последипломного. Для получения ученой степени предусмотрена трехгодичная научная стажировка.

Во Франции подготовка врачей занимает 10–12 лет.

В Европейских странах, врач может получить сертификат специалиста только после прохождения четырех- пятигодичной подготовки в учебной клинике, получившей лицензию на подготовку кадров. Эта форма подготовки называется резидентурой (подобие нашей ординатуры). Других форм подготовки специалистов (а соответственно, и получения сертификата специалиста) просто не существует. Прошедший резидентуру получает сертификат, который не имеет срока давности, то есть он действителен на

Репозиторий ГрГМУ

протяжении всей жизни. Ресертификация – подтверждение правомочности сертификата дело в основном добровольное, обязательным оно является лишь в том случае, когда специалист практически не работал по данной специальности в течение 5 лет.

В Европейских странах хорошо поставлена суб-(супер)специализация (Fellowship). После окончания четырехлетней резидентуры, дающей базовое образование и сертификат специалиста, врач при необходимости может пройти более узкую суб- (супер) специализацию в прочих направлений. Продолжительность субспециализации составляет 1-2 года. Субспециализация дает право на получение второго сертификата, а вместе с ним и возможность работы в весьма престижной и высокооплачиваемой субспециальности.

Третий уровень специальной подготовки за рубежом называется непрерывным медицинским образованием (Continuingmedicaleducation). Он начинается сразу же после получения сертификата специалиста. В типовом положении об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов помимо краткосрочного тематического обучения продолжительностью не менее 72 часов указаны также тематические и проблемные семинары от (72 до 100 часов), а также длительное (свыше 100 часов) обучение специалистов в образовательном учреждении повышения квалификации для углубленного изучения актуальных проблем науки, техники, технологии, социально-экономических и других проблем по профилю профессиональной деятельности.

В материалах Медицинской Европейской Ассоциации кредиты первой категории, то есть посещение курсов повышения квалификации составляют половину всех кредитов (125 из 250 часов), требуемых для реаккредитации. Хорошо поставленный учет деятельности в области непрерывного образования стимулирует врачей к использованию всех разнообразных форм организованной подготовки в виде учебных курсов продолжительностью от половины дня до 5–6 дней, аудио- и телеконференций, семинаров, «электронных» курсы с разбором клинических случаев, а также различных форм самообразования.В результате специалист должен набрать обязательное количество образовательных кредитных единиц.

Согласно федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060103 Педиатрия (квалификация (степень) "специалист") в Российской Федерации срок обучения в очной форме обучения – 6 лет (360 зачетных единиц), для лиц, имеющих среднее (полное) общее и среднее профессиональное образование, срок подготовки специалиста – 7 лет (360 зачетных единиц). Основная образовательная программа подготовки специалиста предусматривает изучение следующих учебных циклов: гуманитарный, социальный и экономический цикл (27-31 зачетная единица), который предусматривает изучение обязательных дисциплин.

Репозиторий ГрГМУ

Учебная практика: – по всем клиническим дисциплинам на практические занятия в амбулаторно-поликлинических учреждениях должно быть предусмотрено не менее 25 процентов часов; – уход за больными взрослыми и детьми терапевтического и хирургического профиля.

Производственная практика: помощник младшего медицинского персонала – 4 недели на втором семестре;помощник палатной медицинской сестры – 3 недели на четвертом семестре; помощник процедурной медицинской сестры – 3 недели на шестом семестре; помощник врача стационара (терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля) – 6 недель на восьмом семестре;помощник врача детской поликлиники – 4 недели на десятом семестре.

Учитывая перечень дисциплин и объем зачетных единиц, выделяемых по каждому предмету, данный стандарт наиболее эквивалентен образованию в Республике Беларусь.

Обучение в ГБОУВПО СПбГПМУ Минздрава России (Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет).

Обучение по специальности «Педиатрия» продолжается 6 лет. В процессе обучения в университете уже на первых курсах студенты имеют доступ к пациентам, практикуется междисциплинарный интегральный подход к изучению фундаментальных дисциплин и взаимопроникновение теоретических и клинических предметов. Помимо использования наиболее передовых методов и технологий студенты осваивают классические приемы манипулирования реальными объектами: образцы тканей для гистологических исследований, трупы для препарирования и отработки хирургических навыков в курсе нормальной анатомии и оперативной хирургии, лабораторные животные для экспериментов в курсах патологической физиологии, фармакологии.

Первые три года обучения студенты проводят, изучая, главным образом, гуманитарные, естественнонаучные, медико-биологические и медико-профилактические дисциплины. Программа включает все предметы, обязательные для любого Российского высшего медицинского учебного заведения. При этом уделяется особое внимание онтогенетическим особенностям.

Студенты 3-го курса приступают к изучению вводных курсов внутренних болезней, хирургии и педиатрии. Помимо общей диагностики и семиотики, основных навыков врача, значительное внимание уделяется особенностям развития, питания и поведения здоровых детей.

Успешно закончив 3-й курс студент приобретает квалификацию медсестры (мед брата) после прохождения летней производственной практики. Студенты 4-го года обучения проходят углубленную подготовку по внутренним болезням, акушерству и гинекологии, хирургии, педиатрии и детской хирургии, инфекционным болезням взрослых и детей, и другим дисциплинам. На 4-м и 5-м курсах студенты вовлечены в практические

Репозиторий ГрГМУ

занятия по клиническим дисциплинам в ведущих учреждениях здравоохранения города и области.

На 4-и и 5-м курсах студенты изучают типичные случаи заболеваний в рамках факультетских курсов внутренних болезней, хирургии и педиатрии с упором на этиологию, патогенез и диагностику. Всего на эти курсы предусмотрено 72 недели занятий и 9недель экзаменов. После 4-хлетнего обучения в университете и 6 недель фельдшерской летней практики студенты получают квалификацию фельдшера, а после 5-го года обучения студенты проводят 4 недели летней практики в качестве субординаторов. Весь шестой год обучения посвящен углубленному изучению госпитального курса внутренних болезней, хирургии и педиатрии. Изучаются индивидуальные особенности и наиболее важные комбинации заболеваний путем клинического разбора конкретных пациентов, будущие доктора практикуются в дифференциальной диагностике болезней и уделяют особо внимание профилактике и лечению.

6-й курс включает 37 недель занятий и 3 недели госэкзаменов. Итоговая государственная аттестация проводится специальной Государственной комиссией в соответствии с федеральными российскими стандартами и нормами для медицинских вузов. Выпускники академии также имеют возможность продолжить обучение в интернатуре или клинической ординатуре по выбранной специальности и поступить в аспирантуру на кафедры теоретического профиля.

В Чехии с 2001 года чешская система образования получила четкое разделение на бакалавриат, магистратуру и докторантуру. Чтобы получить степень бакалавра, следует проучиться три года, но медицинское образование предполагает наличие степени магистра. Получение степени магистра занимает еще три года и завершается государственным экзаменом и защитой диплома. Таким образом, стандартное медицинское образование занимает шесть лет, но если студент желает поступить в докторантуру, то обучение там займет еще три года и закончится экзаменом и защитой диссертации.

На основании вышеизложенного для улучшения практической подготовки студентов медицинских вузовв возможно:

- создание университетской клиники и на ее базе проводить обучение студентов;
- увеличить сроки подготовки в интернатуре до 2-х лет, а по хирургическим специальностям до 3 – 4 лет;
- оснастить центры практической подготовки медицинских университетов различного рода виртуальными симуляторами по основным дисциплинам и специальностям; использовать как обучающие, так и контролирующие пакеты программ;
- сократить гуманитарный и естественнонаучный цикл дисциплин;
- утвердить производственную практику после 2 курса в качестве младшего медицинского персонала – 2 недели (терапия, хирургия);
- введение дифференциации заработных плат выпускникам, окончившим вуз с красным дипломом;

Репозиторий ГрГМУ

– материальное стимулирование молодых специалистов; возможность профессионального роста, в том числе внедрение дистанционных, электронных образовательных технологий на рабочих местах и реализация принципа непрерывности образования; предоставление молодым специалистам достойного уровня социальных гарантий (беспроцентные кредиты и т.д.);
– формирование условий для профессионального развития молодых специалистов (гарантированное право для первичной специализации выпускников не только в Республике, но и зарубежом);
– введение социальных гарантий, включая социальный пакет для сельского врача (предоставление жилья в собственность и ликвидация профессиональной изолированности);
– решение вопросов в сфере профессиональной защиты медицинских работников.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В. А. Ходаковский, О. А. Байдак, А. О. Карпечина, Т. П. Павлович
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. В условиях высокой техногенной нагрузки, происходит изменение иммунного статуса человека. Это приводит к негативным изменениям в общественном здоровье, в том числе и увеличение распространенности туберкулеза (ТБ). Качество жизни, связанное со здоровьем – группа показателей, позволяющих субъективно оценить состояние здоровья и являющихся критериями эффективности лечения.

Цель: выявить особенности качества жизни, связанного со здоровьем, пациентов имеющих туберкулез органов дыхания.

Задачи:

1. Определить уровень качества жизни пациентов с туберкулезом органов дыхания.
2. Определить статистическую значимость качества жизни в зависимости от степени тяжести течения заболевания, занятости и пола.
3. Определить наличие влияния тяжести течения заболевания, занятости и пола респондентов на показатели качества жизни.

Материал и методы. Проведено одномоментное, поперечное исследование. Осуществлен опрос 103 пациентов РНПЦ «Пульмонологии и фтизиатрии» с туберкулезом органов дыхания. Средний возраст пациентов 41,5 ± 1,5 лет; удельный вес мужчин 57,3%, женщин – 42,7%. Для оценки качества жизни была использована русская версия унифицированного международного опросника SF-36. В ходе исследования учитывались следующие данные: возраст, пол, занятость (трудоспособные, нетрудоспособные), форма ТБ, тяжесть течения заболевания, выявление

Репозиторий ГрГМУ

заболевания (впервые, рецидив, из контингентов). Основная группа была разбита на три составляющие: по полу, по занятости (трудоспособные, нетрудоспособные) и по тяжести течения заболевания (лёгкая и более тяжелая степень течения заболевания). Статистическую обработку полученных данных проводили в программе STATISTICA 10.0. В связи с преобладанием данных, соответствующих распределению отличному от нормального использовались непараметрические методы (U – критерий Манна-Уитни). Данные представлены в виде медианы и квартильного размаха. Различия принимали статистически значимыми при величине ошибки не более 5% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Качество жизни, связанное со здоровьем, пациентов с туберкулезом органов дыхания оценивается как среднее. Уровень физического компонентов здоровья (ФКЗ) значимо выше и составил 43,0 (39,0–47,0), чем психического (ПКЗ)−35,0 (30,0-39,0), p=0,001 (рисунок 1).

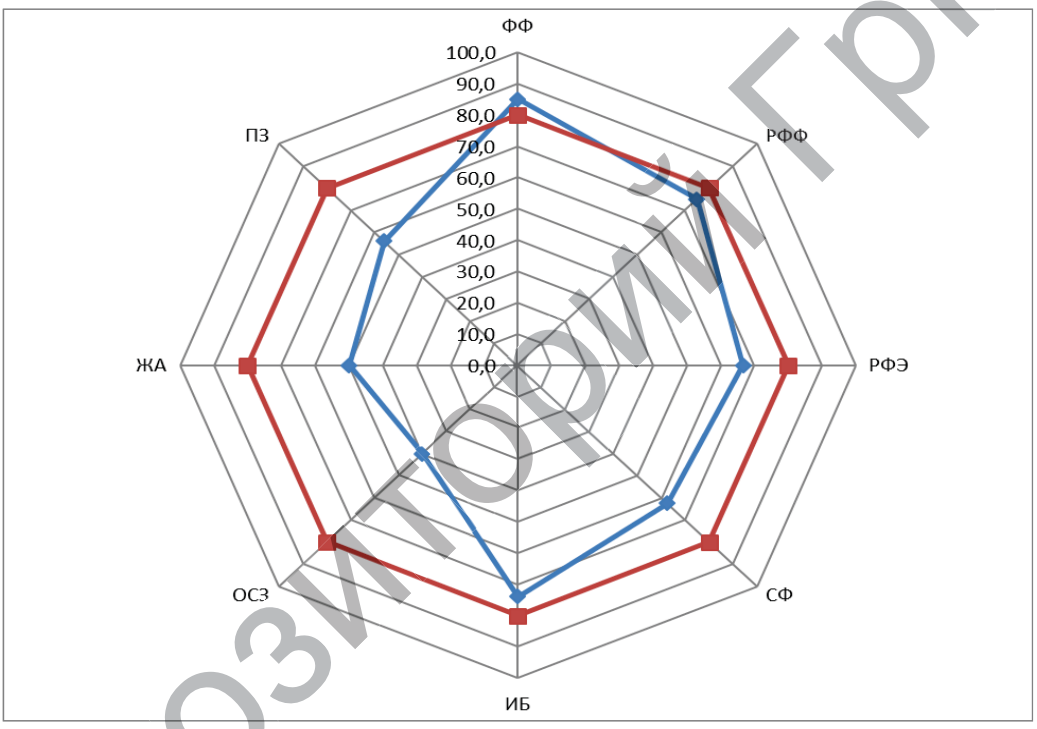


Рисунок 1 – Показатели качества жизни пациентов с туберкулезом органов дыхания, Me (Q25-Q75), баллы

Достоверные различия были выявлены в группах пациентов при сравнении тяжести течения заболевания, по показателям ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ниже у пациентов с более тяжелой патологией (рисунок 2).

Репозиторий ГрГМУ

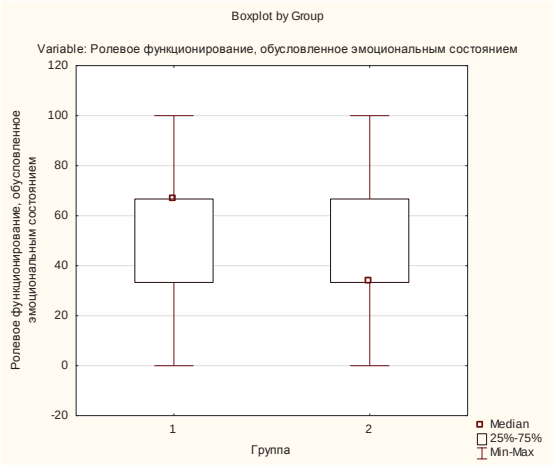


Рисунок 2. – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием у пациентов с легкой степенью патологии (группа 1) и тяжелой степенью патологии (группа 2)

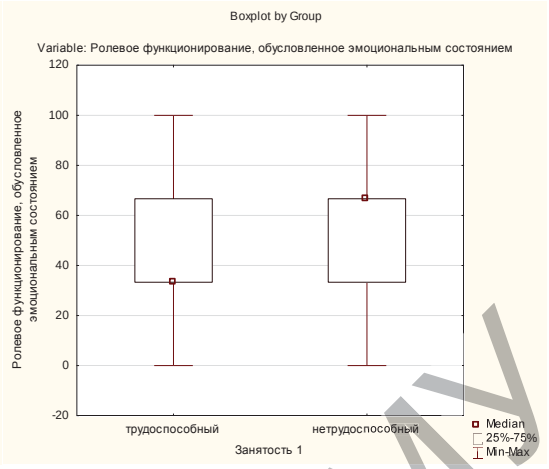


Рисунок 3. – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием у трудоспособных и нетрудоспособных пациентов.

Достоверные различия выявили при сравнении показателей у пациентов в зависимости от занятости, так ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ниже у лиц трудоспособных, и можно объяснить тем, что эмоциональное состояние трудоспособных пациентов мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (рисунок 3).

Достоверные различия в общем состоянии здоровья были выявлены у мужчин и женщин, так ОЗ женщин ниже чем у мужчин, т.е. оценка своего состояния здоровья у женщин в настоящий момент и перспектив лечения хуже чем у мужчин. (таблица 1).

Таблица 1. – Показатели качества жизни по данным опросника SF – 36 (по полу)

Шкала SF-36	Мужчины n=59 Me (Q_{25}-Q_{75})	Женщины n=44 Me (Q_{25}-Q_{75})	Статистическая значимость различий
1. Физический компонент здоровья (ФКЗ):	45 (39-49)	43 (39-45)	p>0,05
• ФФ	75 (65-85)	73 (65-83)	p>0,05
• РФФ	75 (50-75)	50 (50-75)	p>0,05
• ИБ	64 (41-80)	56 (41-72)	p>0,05
• ОСЗ	32 (25-40)	29 (20-38)	U=996,5, p<0,05
2. Психический компонент здоровья (ПКЗ):	35 (31-41)	35 (29-39)	p>0,05
• ПЗ	44 (40-56)	44 (36-58)	p>0,05
• РФЭ	67 (33-67)	33 (33-67)	p>0,05
• СФ	50 (25-63)	38 (25-63)	p>0,05
• ЖА	40 (30-55)	40 (35-50)	p>0,05

Репозиторий ГрГМУ

Выводы:

1. Качество жизни пациентов с ТБ органов дыхания находится на среднем уровне. Уровень физического компонентов здоровья (ФКЗ) значимо выше, чем психического.

2. Уровни физического и психического компонентов здоровья в зависимости от степени тяжести течения заболевания, занятости и пола значимо не отличаются.

3. На проявление ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием пациентов оказывает влияние тяжесть течения заболевания и занятость, на оценку общего состояния здоровья – пол респондентов.

Литература

1. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О.Недошивин, А.Э.Кутузова, Н.Н.Петрова, С.Ю.Варшавский, Н.Б.Перепеч // Сердечная недостаточность. – 2000. – №4. – Том 1.
2. Токарский, Б. Л. Определение взаимосвязи качества жизни с урвнем жизни населения / Б. Л. Токарский // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2011. – №4. – С. 200 – 204.

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КОЛЛЕКТИВА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ БСК В РАМКАХ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

Л. В. Хрущева, М. Ю. Куликова, Г. В. Солонец

УО «Гомельский государственный медицинский колледж»

Введение. Важнейшей целью деятельности государства и системы здравоохранения является создание условий для достижения максимально активной, полноценной и продолжительной жизни каждого члена общества, улучшение демографической ситуации, снижения преждевременной смертности.

Учитывая, что здоровье человека более чем на 50% определяется образом жизни, одним из приоритетных направлений в деятельности медицинских работников среднего звена являются формирование у населения потребности в соблюдении здорового образа жизни, личной ответственности за собственное здоровье.

Выпускник медицинского колледжа должен в первую очередь личным примером активно пропагандировать ЗОЖ, а это возможно только при сформированной личной потребности в двигательной активности, сбалансированном питании, соблюдении режима труда и отдыха, полном отказе от вредных привычек и т.д.

В УО «Гомельский государственный медицинский колледж» широкая информационно-образовательная работа, направленная на формирование ЗОЖ, носит системный характер, объединяет преподавателей и учащихся.

Репозиторий ГГМУ

В мероприятиях направленных на сохранение, укрепление здоровья и профилактику заболеваний задействованы ресурсы всех структурных подразделений учреждения образования.

Диапазон применения современных форм и методов профилактической работы довольно разнообразен, активно проводится информирование населения об аспектах здорового образа жизни, массовые мероприятия, направленные на пропаганду и формирование ЗОЖ и способствующие укреплению здоровья населения. Особое внимание уделяется мероприятиям по профилактике болезней системы кровообращения (БСК).

Цель исследования – оценка эффективности информационно-образовательной работы по профилактике БСК.

Материалы и методы – анкетирование населения, статистическая обработка результатов. Исследование проводилось на базе УО «Гомельский государственный медицинский колледж». В анкетировании приняли участие 682 респондента в возрасте от 17 до 86 лет. Был проведен статистический анализ материалов, полученных за период апрель 2012 – май 2016 г.

Результаты и обсуждение

Анализировались данные, полученные в результате проводимых в УО «Гомельский государственный медицинский колледж» следующих профилактических акций:

- «Узнай свое артериальное давление», апрель 2012 года;
- «Здоровье Вашего сердца в Ваших руках», сентябрь 2013 года;
- «Вместе к здоровому сердцу», апрель 2013 года;
- «Здоровое сердце - долгая жизнь», апрель 2014 года;
- «Скажи здоровому сердцу «Да», июнь 2014 года;
- «Молодежь. Здоровье. Образ жизни», сентябрь 2014 года;
- «Здоровый образ жизни – здоровое сердце, апрель 2015 года;
- «Здоровое сердце» (акция в рамках праздничной площадки колледжа ко дню города), сентябрь 2015 года;
- «День профилактики болезней сердца» (акция в рамках единого дня здоровья), апрель 2016 года.

Данные мероприятия проводятся ежегодно для привлечения внимания к заботе о собственном здоровье, своевременном выявлении и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, повышения информированности в области медицинских знаний по кардиологии и валеологии жителей г. Гомеля, а также сотрудников и учащихся колледжа.

Каждая акция включала выставки информационных материалов, подготовленных учащимися и преподавателями колледжа, выпуск радиогазеты, демонстрация тематических видеоматериалов, флешмоб и музыкальные композиции, направленные на популяризацию двигательной активности, отказ от вредных привычек и др.

На площадке возле УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и фойе колледжа организуются пункты измерения артериального давления (АД), обучения общеразвивающим упражнениям и упражнениям ЛФК для повышения двигательной активности и снижения лишнего веса.

Репозиторий ГрГМУ

Всем желающим предоставляется раздаточный материал – памятки и буклеты, даются рекомендации.

Заинтересованность в обучении общеразвивающим и упражнениям ЛФК высказали 64 человека в возрасте от 24 до 52 лет. Из них около 70 % изъявили желание освоить комплексы упражнений для корректировки веса и улучшения осанки. Учащиеся и преподаватели колледжа демонстрировали технику выполнения упражнений с объяснением методики составления подобных комплексов.

При проведении вышеуказанных акций, на пункты измерения артериального давления обратилось 682 человека в возрасте от 16 до 86 лет. Повышение АД выше 140 на 90 мм рт. ст. было отмечено у 38% обратившихся, преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста.

Участникам акции было предложено кратко ответить на вопросы анкеты.

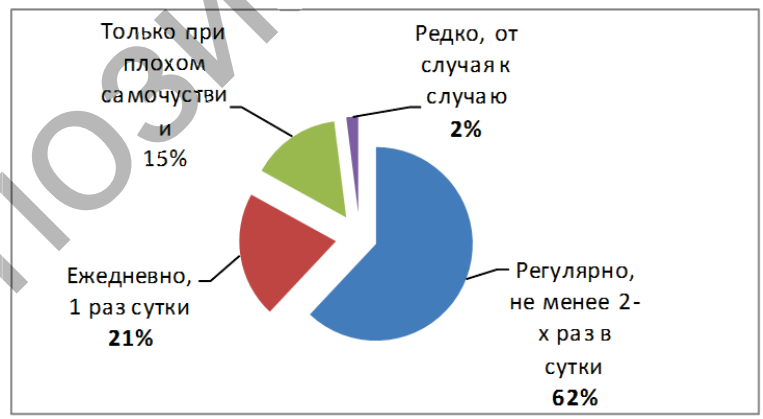
По результатам опроса было установлено:

– около 2,5% (18 человек) от общего количества обратившихся на пункт измерения АД впервые узнали о повышении у них артериального давления, они получили совет обратиться к лечащему врачу;

– у 54% (368 человек) с ранее установленным диагнозом артериальная гипертензия (АГ), повышенное АД было отмечено у 242 обратившихся. Из них 211 человек в этот день не принимали назначенное лечащим врачом лекарственное средство, зная о необходимости ежедневного приема препарата.

Лицам, страдающим АГ, было предложено ответить на вопрос: «Как часто Вы контролируете артериальное давление?» Ответы респондентов отображены на рисунке 1.

Как часто Вы контролируете артериальное давление



Около 26% респондентов с артериальной гипертензией сталкиваются со следующими сложностями: недостаток времени на посещение поликлиники, отсутствие личного тонометра, не имеют достаточных навыков для корректного измерения давления, забывают принять лекарственное средство.

Кроме того, для изучения отношения гомельчан и гостей города к проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики артериальной

Репозиторий ГрГМУ

гипертензии всем участникам акции предлагалось ответить на вопрос анкеты: «Хотели ли Вы получить рекомендации по изменению образа жизни для профилактики артериальной гипертензии?». Варианты ответов респондентов представлены на рисунке 2.



Подавляющее большинство опрошенных положительно оценивают проведение подобных акций и считают, что такие мероприятия – хорошая инициатива. Многие впервые задумались о личной ответственности за свое здоровье. 89% респондентов желают иметь тематические буклеты и памятки, 26% – желают посещать лекции специалистов практического здравоохранения по вопросам профилактики и лечения БСК, 78% респондентов хотели бы получать индивидуальные консультации высококвалифицированных врачей-специалистов.

Заключение

Проведенное исследование показало, что целенаправленная информационно-образовательная работа с населением, проводимая преподавателями и учащимися УО «Гомельский государственный медицинский колледж», вызывает несомненный интерес, расширяет информированность граждан, способствует повышению личной ответственности каждого за свое здоровье, является одним из профилактических мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья, что соответствует государственной политике по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь.

Репозиторий ГГМУ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Т. А. Чайковская, Т. В. Хомичук

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы СД у детей иллюстрируется неуклонным ростом общей и первичной заболеваемости детей всех возрастных групп, что свидетельствует об особенностях современного образа жизни: снижение уровня физической активности, нерациональное питание, стрессы, ухудшение экологической обстановки. В соответствии с целями и задачами Сент-Винсентской декларации в Республике Беларусь в 1993 г. разработана и внедрена национальная программа «Первичная, вторичная и третичная профилактика сахарного диабета», которая в нашей стране успешно выполняется. По данным Министерства Здравоохранения Республики Беларусь больных, страдающих СД в 2016 г. на диспансерном учете находилось 287976 человек, в том числе с СД 1 типа 17026 человек , с СД 2 типа 268092 человек.

Цель: Показать особенности диагностики впервые выявленного СД в различных возрастных группах.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, страдающих впервые выявленным СД 1 типа, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении «2-ой ГДКБ». Всего 98 человек, из них 56 мальчиков, 42 девочки.

Выводы

1. У большинства детей СД начинался с характерных симптомов(полиурия, полидипсия отмечалась у 82 человек, что соответствует 84%, снижение массы тела у 66 человек, что соответствует 67% и лишь в 11% случаев (преимущественно у детей из группы от 1 года до 3 лет). СД начинался с диспептических проявлений (кетоацидозная маска)

2. Наибольший всплеск заболеваемости по анализу историй болезней был отмечен в осенне-зимний период.

3. В больницу в большинстве случаев дети поступила в состоянии кетоацидоза. Из всех детей, поступивших в тяжелом состоянии, преобладала группа в возрасте от 1-3 лет, так как дебют СД у них развивается бурно и быстро

4. Особенностью гениологического анамнеза у наших обследованных пациентов было отягощение у 31% детей по СД 2 типа, что объясняется существованием некоторых полиморфных генов, ассоциированных с СД 1 типа.

5. Лабораторные показатели характеризуются во всех возрастных группах выраженной гипергликемией, глюкозурией и кетонурией.

Рекомендации по профилактике сахарного диабета

Таким образом, профилактика диабета 1 типа должна включать: 1. Расширить знания по профилактике СД среди всего населекния; 2.

Репозиторий ГрГМУ

Своевременно выявлять группу риска по СД; 3. Популяризировать здоровый образ жизни.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Т. В. Чайченко, Л. Г. Тельнова, Е. С. Рыбка, Н. В. Шульга, Т. В. Лутай
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Детское ожирение признано одной из наиболее серьезных глобальных проблем в системе здравоохранения в 21 веке. По данным официальных сайтов ВОЗ, ожирением страдают от 20 до 40% детского населения мира. В Украине ежегодно регистрируется 18-20 тысяч новых случаев ожирения у детей и подростков. Актуальность изучения, обусловлена распространением болезни среди детей и подростков (82,4 на 1000), значительными изменениями в гормональном гомеостазе, нарушениями липидного, углеводного и белкового обмена в наиболее ответственный период жизни – пубертат. Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к формированию гипертонической болезни, атеросклерозу, сахарному диабету 2-го типа, что, в свою очередь, влияет на качество жизни подростка и в последующем – на его работоспособность и социальную адаптацию. Проблема избыточного веса, имеет важное не только медицинское, но и социальное значение, что требует глубокого изучения факторов, повышающих риск возникновения данной патологии в детском возрасте.

Цель исследования. Изучение влияния анамнестических факторов на риск формирования ожирения в пубертатном возрасте.

Материалы и методы исследования. На базе эндокринологического отделения ОДКБ г. Харькова обследовано 115 детей и подростков, из них мальчиков - 76, девочек - 39. Средний возраст больных - 14,62 года. Комплексное обследование детей включало клинико-анамнестические, электрофизиологические и биохимические методы. Анамнестические сведения получали путем опроса и анкетирования родителей и детей, с использованием оригинальных опросников.

Результаты исследования. При изучении анамнестических данных выявлено наличие отклонений в перинатальном периоде, прежде всего патологичекое течение беременности и родов в виде угрозы не вынашивания, острой асфиксии, рождения путем кесарево сечения. Угроза не вынашивания беременности отмечалась у (55±7,4)% матерей, беременность на фоне ожирения – у (18±5,7)%, осложненное течение родов (острая асфиксия в родах, обвитие пуповины) имело место у (27±6,61)% матерей обследуемых, рождение путем кесарево сечения - 2 детей. Наследственная отягощенность по артериальной гипертензии у родителей выявлена у 45,4% детей, по сахарному диабету 2-го типа – у 27,2% детей, по ожирению - у 18,1% обследуемых. Причем отягощенная наследственность проявлялась преимущественно по материнской линии. Раннее искусственное

Репозиторий ГрГМУ

вскармливание (с рождения, с месячного возраста, с 3 месяцев) отмечалась у 72,7% наблюдаемых. Следует указать, что 72% наблюдаемых относились к группе часто болеющих и/или имели очаги хронической инфекции в носоглотке. Черепно-мозговую травму перенесли 18,1% детей. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта были представлены дискинезиями желчевыводящих путей – 18,1%, хроническим гастродуоденитом – 27,2%.

Стиль питания оценивался с использованием оригинального опросника. При анализе полученных результатов опроса было установлено что в большей части исследуемых в семье не соблюдали режим питания. Регулярным питание было (с соблюдением четко выделенных приёмов пищи) у 60%, при этом завтрак присутствовал у 40% обследованных, обед у 58%, ужин и поздний ужин после 21 часа у 100%. Порядка половины детей и членов их семей преимущественно употребляли сладости и хлебобулочные изделия между основными приёмами пищи. 90% имели опыт посещения различных заведений фаст-фуда более трех раз в неделю. 100% обследованных злоупотребляли сладким напитком. Стиль питания родителей в отношении основных приёмов пищи и перекусов идентичен стилю питания их детей. При проведении собеседования, установлено что родители не имеют четкого представления о здоровом типе питания, а так же склонны к превышению объемов порций употребляемых ими и их детьми.

Выводы:

1. Таким образом, высокая частота осложнений перинатального периода в виде угрозы прерывания беременности, острой асфиксии, рождение путем кесарево сечения; отягощенная наследственность по гипертонической болезни, сахарному диабету 2-го типа, ожирению; раннее искусственное вскармливание позволила расценить их как факторы риска формирования ожирения в пубертатном периоде.
2. У подростков и их родителей стиль питания является сходным без соблюдения принципов здорового питания.
3. Необходимо проведение масштабных тренинговых программ о здоровом типе питания в семьях имеющих представителей с избытком массы тела или ожирением.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСИ

А. Н. Черевко, С. В. Куницкая, И. Н. Гирко

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Дети и подростки особенно чувствительны к воздействию социальных, психологических, биологических и средовых факторов. В Европейском плане действий по охране психического здоровья говориться, что этому контингенту, учитывая его повышенную уязвимость,

Репозиторий ГрГМУ

следует уделять первоочередное внимание в рамках мероприятий по укреплению психического здоровья, а также по предупреждению и лечению психических проблем [1]. Нарушения психического здоровья у взрослых в значительной степени бывают обусловлены нарушениями психического здоровья в детском возрасте. Потому охрана психического здоровья детей и подростков должна рассматриваться в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения [1,2].

Цель работы - оценка относительного эпидемиологического территориального риска и динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также инвалидности по причине заболеваний этого класса, у детей и подростков Республики Беларусь с 2006 по 2014 годы.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились данные официальной статистической отчетности Республики Беларусь за период с 2006 по 2014 год. [3, 4, 5].

Проводили расчет и оценку относительных территориальных рисков общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения для детей и подростков (от 0 до 18 лет) Республики Беларусь в целом, каждой из ее областей и г. Минска, а также первичного выхода на инвалидность этого контингента населения, в связи с названным классом заболеваний. Значение относительного территориального риска для каждого региона определяли по формуле:

$$\text{Риск} = 1 - exp\left(-\left(\frac{1}{2}\left(\frac{\text{Факт}}{\text{Фон}}\right)^2\right)\right), \text{где}$$

Риск – относительный эпидемиологический территориальный риск;

exp – стандартная функция экспонента;

Факт – фактическое территориальное значение показателя заболеваемости в регионе;

Фон – фоновое значение показателя заболеваемости, вычисляемое как средняя величина четырех его наименьших значений в данном регионе за исследуемый период.

Динамику этих показателей оценивали путем расчета среднего многолетнего темпа их прироста. Средняя многолетняя тенденция оценивалась следующим образом:

$< \pm 1\%$ – тенденции к росту или снижению нет (показатель стабилен)

± 1-5% – умеренная тенденция к росту или снижению

$>5\%$ – выраженная тенденция к росту или снижению

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. На основании статистических данных 2006 – 2014 годов были рассчитаны относительные эпидемиологические

Репозиторий ГрГМУ

риски заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения для детей и подростков Республики Беларусь, а также определены уровни допустимого, умеренного и повышенного рисков (0,32 - 0,39 – допустимый, 0,4 - 0,46 – средний и 0,47 - ,084 – повышенный).

На рисунке 1 представлены эти риски, рассчитанные на начало и на конец анализируемого периода.

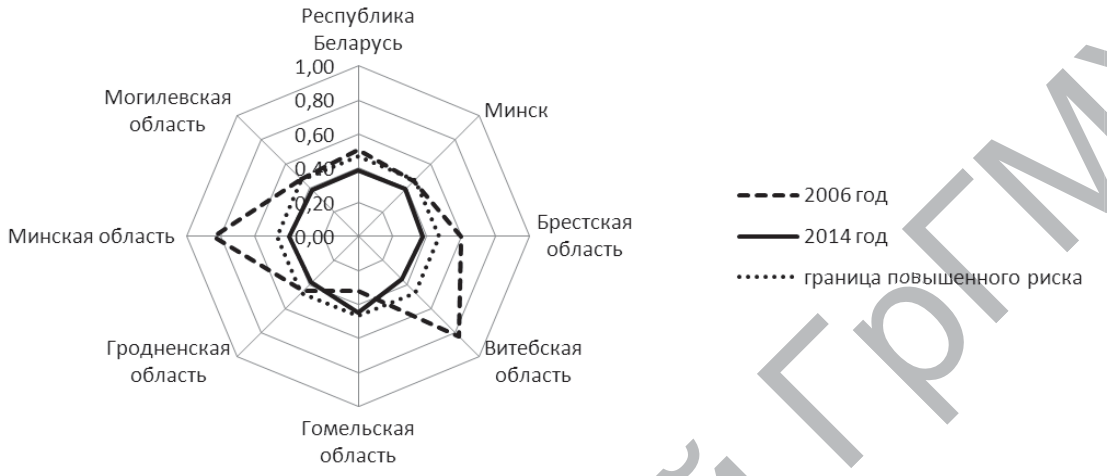


Рисунок 1- Относительные эпидемиологические риски заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и ее регионах в 2006 и 2014 годах

На рисунке видно, что в 2006 году Республика Беларусь и большинство ее регионов находились в зоне повышенного риска по заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения. К 2014 году все регионы перемещаются в зону допустимого риска, и только Гомельская область, показывала противоположную динамику – перемещается из зоны допустимого в зону повышенного риска.

Аналогичные данные по относительному эпидемиологическому риску инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения представлены на рисунке 2.

Репозиторий ГрГМУ

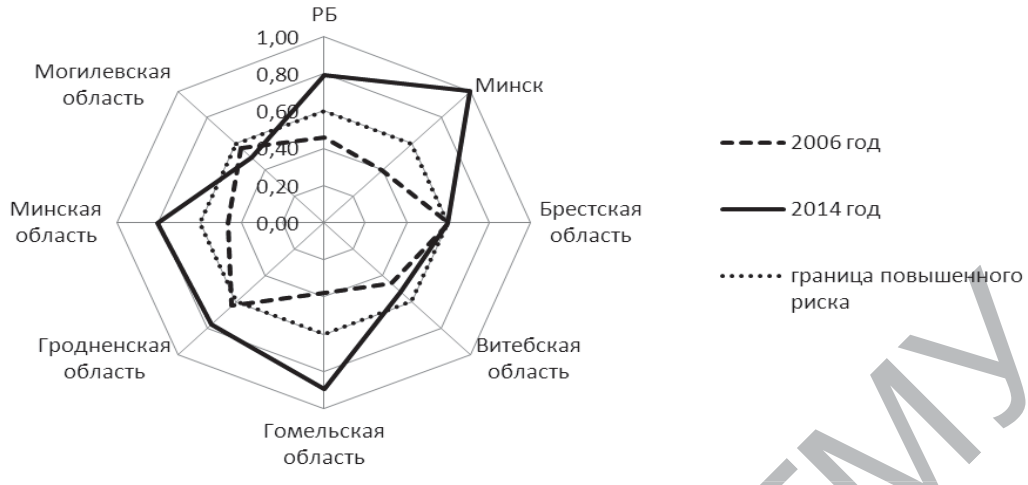


Рисунок 2 - Относительные эпидемиологические риски инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и ее регионах в 2006 и 2014 годах

Границы риска по инвалидности в связи с данным классом заболеваний у детей и подростков оказались следующими: от 0,26 до 0,41 – допустимый риск, от 0,42 до 0,59 – умеренный, от 0,6 и до 1,0 – повышенный.

Рисунок демонстрирует, что если в 2006 году большинство регионов страны находились в зоне умеренного риска, а г. Минск и Гомельская область - даже в зоне допустимого, то в 2014 году только Витебская и Могилевская области остались в зоне умеренного риска, а все остальные переместились в зону повышенного.

Средняя многолетняя динамика общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков РБ с 2006 г. по 2014 г. характеризуется умеренной тенденцией к снижению. В Витебской и Минской областях эта тенденция выраженная, в остальных областях и г. Минске умеренная. Динамика первичного выхода на инвалидность имеет противоположную направленность и в целом по Республике Беларусь, по г. Минску, Гомельской и Минской областям характеризуется выраженной тенденцией к росту (6,1%, 16,7%, 10,3%, 6,2% соответственно). В Витебской и Гродненской областях тенденция к росту показателя умеренная, в Брестской области показатель стабилен, а в Могилевской области выявлена умеренная тенденция к его снижению.

Выводы

1. Республика Беларусь и большинство ее регионов находится в зоне допустимого относительного эпидемиологического риска по заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения.
2. Относительный эпидемиологический риск инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и большинстве ее регионов за период с 2006 по 2014 год возрос с умеренного до повышенного.

Репозиторий ГрГМУ

3. Средняя многолетняя динамика общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков РБ с 2006 по 2014 год характеризуется умеренной тенденцией к снижению.
4. Средняя многолетняя динамика первичного выхода на инвалидность детей и подростков в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения в РБ с 2006 по 2014 год характеризуется выраженной тенденцией к росту.
5. Рост первичного выхода на инвалидность в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков на фоне снижения общей заболеваемости болезнями этого класса требует всестороннего анализа и выяснения причин этого явления.

Литература:

1. Европейская декларация по охране психического здоровья// Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Хельсинки, Финляндия, 12 – 15 января 2005 г.
2. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения: Пер. с англ. – Хельсинки, 2005.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2005-2012 г.. - Мн.: ГУ РНМБ - Минск
4. Здоровье населения Республики Беларусь: Статистический сборник/ В.И. Зиновский и др. – Минск 2014. – 219 с.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2015. — 282 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В КОЛЛЕКТИВЕ, ЕГО СПЛОЧЕННОСТЬ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕДАГОГА, ЕГО УСПЕШНОСТЬ

М. А. Чечётка

УО «Гродненский государственный медицинский колледж»

Здоровье конкретного человека зависит от многих факторов. Одним таким фактором является возможность реализовать себя, проявить свою индивидуальность. Особенно это характерно для работников педагогической сферы.

Сегодня как никогда стала очевидной решающая роль личностного фактора в учреждениях образования. Человеческий фактор в учреждениях образования включает в себя психологические и социально-психологические особенности педагогов. Это интересы, желания и стремления людей, их ожидания друг от друга, черты характера и способности, накопленный запас знаний, умений, навыков, привычек. Это психические свойства и состояние педагогического коллектива, его настроение, творческий и нравственный микроклимат, сплоченность, трудовая и управленческая активность, психологическая совместимость, авторитетность и др. Практически от того, насколько дружелюбна сложившаяся атмосфера, каков психологический климат в коллективе, зависит время успешной жизни коллектива, его

Репозиторий ГрГМУ

достижение поставленных целей и во многом здоровье каждого члена коллектива.

Климат в учебном заведении оказывает мощное влияние на успехи и неуспехи каждого педагога, его психологическое здоровье и, безусловно, влияет на сегодняшнюю жизнь и завтрашние взгляды, и деятельность учащихся. А это значит, уровень комфортности в педагогическом коллективе напрямую взаимосвязан с эффективностью образовательного процесса.

Педагогическая деятельность входит в группу профессий с большим присутствием факторов психической напряженности. Она изобилует множеством не только положительных, но и отрицательных эмоций при общении педагогов с учащимися. Это обусловлено и тем, что в основном педагогические коллективы профессионально-технического, среднего специального образования, женские, в связи, с чем в них наблюдаются повышенная эмоциональная возбудимость, заражение эмоциями друг от друга, в том числе и отрицательными. Кроме того, психический склад людей, избравших педагогическую профессию — слабая нервная система, низкая эмоциональная устойчивость, склонность к чувству вины, тревожность, низкая стрессоустойчивость, — способствует возникновению у них психосоматических заболеваний.

Поэтому в учреждениях образования необходимо создавать благоприятные психологические условия, в которых педагог мог бы реализовать свою личность. А благоприятный психологический климат зависит, прежде всего, от уровня сплоченности педагогического коллектива.

Сплоченность коллектива – это понятие, раскрывающее особенности межличностных отношений в коллективе, единство ценностных ориентаций, единство целей и мотивов деятельности в пределах совместной работы.

Товарищеские контакты во время работы и по окончании ее, сотрудничество и взаимопомощь формируют хороший социально-психологический климат. Фактор, воздействующий на социально-психологический климат коллектива, обусловлен индивидуальными и психологическими особенностями каждого из его членов. Сквозь призму личностных особенностей человека преломляются все влияния на него как производственного, так и непроизводственного характера. Поэтому для формирования того или иного социально-психологического климата коллектива имеют значение не столько психологические качества членов, сколько эффект их сочетания.

Успешные педагогические коллективы часто осуществляют прорыв, выдвигают абсолютно новые идеи.

Весомый вклад в разработку теории и практики коллектива внес А.С.Макаренко, выделивший несколько стадий его формирования. Прежде всего, это становление сообщества, когда руководитель стремится создать из группы такую социально-психологическую общность, где отношения работников определяются содержанием их совместной деятельности, ее целями, задачами, ценностями. Характерной особенностью данного этапа

Репозиторий ГГМУ

является зарождение актива, сплоченного на основе общей цели, деятельности и организации.

Следующая стадия – усиление влияние актива, поддерживающего требования руководителя, на остальных участников. На этом этапе коллектив выступает как целостная система, в которой начинают действовать механизмы самоорганизации и саморегуляции.

Дальнейшее формирование коллектива характеризуется его развитием и расцветом. Он превращается в инструмент индивидуального становления каждого из его членов.

По уровню сплоченности различают трудовые коллективы:

Сплоченные – обладающие стабильностью состава, дружескими контактами в рабочее время, высокими трудовыми показателями, наличием коллективного самосознания – «мы», в том числе осознание своей принадлежности к этому трудовому коллективу;

Расчлененные – характеризующие наличием нескольких социально-психологических групп, прохладно, а то и недружелюбно, и даже враждебно относящихся друг к другу, разбросом по уровню трудовой дисциплины и социальной активности;

Разобщенные – демонстрирующие доминирование над всеми отношениями функциональных связей, неразвитость социально-психологических контактов, высокую текучесть, частые конфликты.

Внутриорганизационное управление педагогическим коллективом – одновременно приоритетная и сложная задача.

Не всегда и не из любых сотрудников можно сформировать сплоченную команду. Для этого необходимо следующие условия:

- люди, выполняющие работу, должны быть специалистами, выступать в качестве «экспертов» при решении возлагаемых на них задач;

- совокупный опыт и таланты преподавателей, работающих в команде, должны превышать опыт и способности любого из тех, кто трудится в одиночку;

- большинство членов коллектива должно иметь возможность в какой-то мере влиять на принятие выполняемых ими решений. Это повышает их заинтересованность в общем деле;

- каждый человек должен иметь склонности к творчеству, которые можно систематически использовать, привлекая его к участию в работе группы.

В сплоченном коллективе каждый сотрудник ответственно относится к своей работе и переживает за общее дело, стараясь при этом не перекладывать часть своих обязанностей на другого, а, наоборот, помочь, если того требует ситуация. Здоровый психологический климат – залог успешной жизнедеятельности и человека, и коллектива.

И этим фактором нельзя пренебрегать.

Признаками здорового коллектива являются:

- общий настрой на достижение результата совместной деятельности при достойной оценке личного вклада каждого члена коллектива;

Репозиторий ГрГМУ

- высокий уровень организованности и сплоченности;
- внимание и расположение человека к человеку;
- взаимоуважение руководства и подчиненных;
- настроение духовного подъема и жизнерадостности;
- взаимная поддержка членами коллектива друг друга;
- совпадение неформального и формального лидера (руководителя);
- способность искренне радоваться успехам коллег;
- искреннее желание членов коллектива общаться друг с другом вне работы, например, на корпоративных мероприятиях;
- уважительное и ровное отношение к новичкам, сохранение сплоченности коллектива при появлении их в коллективе;
- доверительный, спокойный тип общения, позволяющий адекватно, в рабочем порядке, решать возникающие недоразумения и конфликты.

Гармоничная, дружелюбная обстановка на работе, где тебя ценят – мечта любого человека. Хороший психологический климат является не меньшим, а иногда и большим, стимулом для сотрудников, чем оплата труда. Создать здоровый коллектив – непростая задача, требующая кропотливого труда, тонкого и чуткого подхода со стороны его руководства. Но эти усилия не будут напрасными – результат работы коллектива единомышленников оправдает ожидания.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

О. В. Чечков

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно.

Нами предпринята попытка осмысления на примере Гродненской тюрьмы проблемы содержания в условиях пенитенциарной системы детей, априори не являющихся преступниками – то есть в возрасте до 5-7лет.

На наш взгляд, содержание детей указанной возрастной категории в условиях ограничения или лишения свободы относится больше к философской (аксиологической) проблеме и поэтому затрагивает большой круг социальных и экономических аспектов. Рассматривая данную проблему можно выделить 2 взаимосвязанных аспекта: 1. отношение общества к указанной проблеме и 2. собственно причины появления и нахождения детей в условиях пенитенциарной системы.

Почему важно выделять эти аспекты? Ответ очевиден – воздействуя на составляющие элементы и факторы каждого аспекта, мы можем влиять на саму проблему. Можно влиять кардинально, через государственный уровень, например - Декрет Президента Республики Беларусь № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях» (оговариваются вопросы государственной защиты и помещение детей на государственное обеспечение в надлежащих случаях). Или идти путем создания службы пробации, как предлагает представитель и

Репозиторий ГГМУ

координатор программы «Защита прав детей» в РБ Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) [1].

Собственно говоря, проблема не нова и имеет давние гносеологические корни. Рассматривая данную проблему в историческом аспекте, мы взяли близкий нам по времени исторический отрезок нового времени (1849-1858гг) на основе статистических данных губернских отчетов за десятилетие по Гродненской губернии - (Таб. №1). Такой же десятилетний период, но уже эпохи новейшего времени мы рассматриваем на примере данных Гродненской тюрьмы [2]. Конечно, сравнивать эти уникальные данные между собой не корректно, но суть проблемы, в данном случае, они отражают и подчеркивают.

Таблица № 1 – Количество «малолетних арестантов содержащихся при родителях»

Год	Количество детей за год
1849	4
1850	2
1851	1
1852	6
1853	6
1854	47
1855	8
1856	44
1857	47
1858	19
Итого	185 человека

Количество содержащихся малолетних арестантов в 1854, 1856, 1857 и 1858 гг., на порядок отличающееся от других лет, на наш взгляд, возможно связано с историческими аспектами, но так как данный вопрос выходит за рамки данной работы, оставляем его для дальнейшего изучения.

Таблица № 2 – Количество детей, зарегистрированных за год

Год	Количество детей, зарегистрированных за год
1959	7
1960	2
1961	3
1962	5
1963	4
1964	1
1965	8
1966	-
1967	2
1968	1
Итого	26 человек

Репозиторий ГрГМУ

Приведенные данные, на наш взгляд, указывают на главное – отношение общества к проблеме содержания детей в условиях ограничения или лишения свободы за 200 лет практически не изменилось. Это вполне сложившаяся историческая практика. И это не смотря на понимание того, что пребывание в учреждении закрытого типа оказывает большое влияние на личность и ее криминогенность. Как очень верно выразился специалист Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) на прошедшем 29.06.2016г совещании специалистов в Минске: «Если речь идет о подростке, это накладывает отпечаток на всю его жизнь».

Говорить, что все застыло на уровне периода нового времени будет не верно. Но в основном гуманизация общества распространяется на женщин, содержащихся в условиях изоляции опосредованно влияя на ребенка. В юридическом аспекте особенности материально бытового обеспечения осужденных беременных женщин, осужденных кормящих матерей и осужденных женщин, имеющих детей, предусмотрены статьями 94 и 95, Уголовно исполнительного кодекса Республики Беларусь от 11.01.2000г. № 365-З.

Согласно закону осужденным беременным женщинам и осужденным кормящим матерям создаются улучшенные жилищно-бытовые условия и устанавливаются повышенные нормы питания. На период освобождения от работы питание им предоставляется бесплатно.

В исправительных учреждениях, где отбывают наказание осужденные женщины, имеющие детей, организуются дома ребенка. В домах ребенка создаются условия, необходимые для нормального проживания и развития детей. Осужденные женщины могут помещать в дома ребенка исправительных учреждений своих детей в возрасте до трех лет, общаться с ними в свободное от работы время без ограничений. Им может быть разрешено совместное проживание с детьми в домах ребенка.

Если ребенку, содержащемуся в доме ребенка исправительного учреждения, исполнилось три года, а оставшийся срок отбывания наказания матерью не превышает одного года, администрация исправительного учреждения может продлить время пребывания ребенка в доме ребенка до дня окончания срока отбывания наказания матерью.

Осужденные беременные женщины и кормящие матери в соответствии с медицинским заключением могут получать дополнительно продовольственные посылки и передачи в количестве и ассортименте, необходимом для поддержания нормального здоровья матери и ребенка. Осужденные беременные женщины на период родов и в послеродовой период имеют право на специализированную медицинскую помощь. Таким образом, на практике, значительный аспект проблем содержания ребенка возлагается на медицинскую службу мест заключения, повседневные задачи которой далеки от решения данных вопросов. Именно здесь сказывается ведомственность и разобщенность пенитенциарной медицины с органами гражданского здравоохранения. Хотя на наш взгляд, механизм решения проблемы содержания невиновных детей в условиях системы наказания есть

Репозиторий ГрГМУ

и прописан в Уголовно-исполнительном кодексе, который определяет, что с согласия осужденных женщин их дети могут быть переданы родственникам или по решению органов опеки и попечительства иным лицам либо по достижении трехлетнего возраста направлены в соответствующие детские учреждения. На практике добиться этого сложно. Например, женщины, цепляясь за возможность улучшения условий содержания, отказываются отдавать ребенка; медработник на которого возложены обязанности наблюдения и контроля за состоянием здоровья детей и матери оторван от судебных инстанций, а уж органы опеки и попечительства некоторые и выговорить не могут. Сами следственные действия в отношении беременных женщин, могут в некоторых случаях идти год и более, не имея никакого отношения к ребенку.

В начале статьи мы указали два аспекта проблемы содержания детей в условиях пенитенциарной системы. И если отношение общества к данной проблематике мало поддается коррекции, то может более эффективным, на наш взгляд, будет влияние на собственно причины появления и нахождения детей в условиях пенитенциарной системы.

Литература:

1. Елена Спасюк «Детская преступность…» Naviny.by.Общество 30.06.2016.
2. Чечков, О. В. Из истории пенитенциарной медицины Беларуси в XIX в. / О. В. Чечков //Актуальные проблемы пенитенциарной медицины: Материалы 2-й международной научно-практической конференции. - Минск, 2003г., С.172-173.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

В. М. Шейбак, П. В. Бондарева, К. И. Болдак, Л. В. Шейбак
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Попадание инородных тел в организм ребенка является экстремальной ситуацией и требует от окружающих правильных действий, и может нести значительную опасность для здоровья и жизни детей. Несмотря на активную разъяснительную работу среди населения количество таких пациентов не уменьшается. В связи с технологизацией жизни в каждом доме имеется значительное количество предметов, которые могут нести потенциальную опасность для подрастающего поколения. Незнание родителями последствий попадания инородных тел в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути ребенка ведет к искусственному моделированию ситуаций опасных для ребенка (игры с мелкими предметами, надевание украшений, доступность мелких пищевых продуктов и т.д.). Наличие в быту различных объектов с батарейками (игрушки, пульты от бытовой техники) и желание ребенка разобрать их и попробовать на вкус приводит к тяжелым поражениям пищевода и длительному лечению.

Нами проведен анализ поступления детей с инородными телами ЖКТ и дыхательных путей, находившимися на лечении в Гродненской областной

Репозиторий ГрГМУ

детской клинической больнице. За 2002 – 2012 годы пролечено 272 пациента, из них инородные тела дыхательных путей – 89 детей, ЖКТ – 183 ребенка. В 2005 – 2014 году с инородными телами дыхательных путей находились в стационаре 88 пациентов, а за 2010 по 2014 годы с инородными телами ЖКТ – уже 152 ребенка. По возрасту пациенты были от 8 месяцев до 16 лет, преобладали дети раннего возраста. С инородными трахеи и бронхов до 3-х лет – 68 %, инородные тела ЖКТ – 69 %. По гендерному признаку достоверных отличий не отмечалось. Зато преобладали городские жители – 80 %. Большинство детей поступало в первые сутки после случившегося. Во все анализируемые годы среди инородных тел преобладали батарейки (51%), металлические предметы (19.7%), монеты (17,7%), пластмассовые предметы (4,6%). В дыхательные пути чаще всего попадали пищевые продукты - 75% (орехи – 33%, семечки – 24%, конфеты – 18%). В 9% случаев – пластмассовые детали и канцелярские предметы. При поступлении дети и их родители предъявляли жалобы на кашель, поперхивание, затруднение дыхания, боли в животе, тошноту, рвоту. Жалобы отсутствовали у 82% пациентов с инородными телами ЖКТ.

При малейшем подозрении на рентгенконтрастное инородное тело выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости (была выполнена 91,4% пациентам). У 99% поступивших с подозрением на инородное тело ЖКТ оно было обнаружено. При подозрении на инородное тело дыхательных путей выполнялась экстренная трахеобронхоскопия. У 5 пациентов эндоскопическое исследование выполнено в более поздние сроки, после безуспешного лечения пневмонии. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия выполнена 65% поступивших. Инородное тело обнаружено в 44% случаев. Всего извлечено 35 инородных тел из 43 обнаруженных. За 14 лет оперированы 7 детей, у которых наступили осложнения – перфорация полого органа или отсутствие движения инородного тела. У всех остальных пациентов посторонние предметы вышли самостоятельно. Отдельную группу составили пациенты, проглотившие батарейки (78 детей). У 8 из них (10,3%) развился контактный электрохимический ожог слизистой пищевода и желудка. Половина поступивших жалоб не предъявляли, у половины были жалобы на кашель, боли за грудиной, рвоту, отмечалось затруднение дыхания и гиперсаливация. При оценке тяжести состояния при поступлении, состояние средней степени тяжести квалифицировано у 6 человек (75%), удовлетворительное у 2 детей (25%). Отсутствие специфических жалоб и нормальное поведение ребенка увеличивают время первичного обращения в стационар: 1 пациент (12,5%) поступил через 1 час, 1 (12,5%)– через 4-5 часов, через 6-12 часов поступило 3 детей (37,5%), через 12 часов - 2 пациента (25%), через сутки после проглатывания батарейки 1 человек (12,5%). После поступления в стационар в течение часа ФГДС была выполнена 7 детям (87,5%), 1 ребенку (12,5%) ФГДС была проведена через сутки, так как у него был диагностирован острый бронхит, отмечались сильный кашель, затруднение дыхания и рвота. При первичной ФГДС локальная гиперемия слизистой квалифицирована у 3

Репозиторий ГрГМУ

детей (37,5%) - I степень ожога, покрытие фибрином места контакта с батарейкой – 4 человека (50%) - II степень ожога, плотный серый струп – 1 человек (12,5%) - III степень ожога. При ФГДС батарейка была извлечена у 6 человек (75%), 2 батарейки (25%) обнаружены не были и вышли самостоятельно в течение суток. Дети с I и II степенью электрохимического ожога получали консервативное лечение (антибиотики и местное лечение). Средняя продолжительность нахождения их в стационаре составила 8,8 дня. Ребенок с III степенью электрохимического ожога находился в стационаре 33 дня. После отторжения струпа и рубцевания язвенного дефекта, развился рубцовый стеноз пищевода, для лечения которого использовалась баллонная дилатация, которая позволила расширить просвет пищевода и выписать ребенка в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при анализе данной патологии можно сделать следующие выводы: наиболее подвержены проглатыванию инородных тел дети в возрасте до 7 лет, преобладают городские жители; наибольший интерес вызывают у детей небольшие блестящие предметы (батарейки, монеты, украшения); в большинстве случаев у пострадавших отсутствуют жалобы, что затрудняет своевременную диагностику и может приводить к осложнениям; основными методами диагностики при данной патологии являются ФГДС и обзорная рентгенография. При инородных телах дыхательных путей показана экстренная бронхоскопия, а при инородных телах ЖКТ возможна активно – выжидательная тактика, т.к. в большинстве случаев оно выходит самостоятельно. Необходимо активно проводить разъяснительную работу с родителями по предотвращению попадания детей в подобные ситуации.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

В. М. Шейбак, А. В. Мойсей, И. В. Насута

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В структуре современного детского травматизма большой удельный вес занимают повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Чаще всего дети получают комбинированную травму, включающую в себя повреждения костей, головного мозга. Это затрудняет раннюю диагностику и может приводить к диагностическим ошибкам. Хотя в последнее время в связи с наличием современных визуализирующих методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) топический диагноз поставить несложно, но, к сожалению, не всегда доступны эти исследования, и не всегда состояние пациента позволяет осуществить транспортировку пациента к месту исследования. Тяжесть травматических повреждений иногда не дает времени на раздумья и требует экстренных мероприятий по спасению жизни ребенка. Механизмы травм у детей достаточно разнообразны, чумой 20 века, да и

Репозиторий ГрГМУ

нынешнего, называют дорожно-транспортный травматизм, все чаще отмечаются падение с высоты.

Целью нашей работы являлось изучение эпидемиологии и результатов лечения детей с травмами органов брюшной полости и забрюшинного пространства находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2011 по 2015 годы. За анализируемый период с данной патологией пролечено197 пациентов, мужского пола 160, женского 37. Возраст пациентов от 0 до 18 лет. Половину пострадавших составили дети от 6 до 14 лет. При поступлении в стационар выполнялись лабораторные методы обследования (анализ крови, мочи), УЗИ, КТ, МРТ. Особую сложность представляют дети с политравмой, у которых сложно выделить ведущий синдром, которые требуют обеспечения витальных функций. Абсолютное большинство пациентов поступило с ушибом передней брюшной стенки (143). 21 ребенок поступил с нарушением целостности органов брюшной полости, из которых 6 с разрывом селезенки, 10 с разрывом печени, 4 пациента с подкапульной гематомой печени, 1 с разрывом толстой кишки. Среди пациентов с травмой забрюшинного пространства у 19 отмечался ушиб поясничной области, у 13 ушиб почки. У девочки 3-х лет после дорожно-транспортного происшествия (она находилась пристегнутая ремнем безопасности на руках у отца) наблюдался редкий вид травмы – разрыв правого купола диафрагмы и прилоханочный отрыв мочеточника от левой почки. У 25% пострадавших травма имела сочетанный характер (закрытая черепно-мозговая травма, ушиб легких, переломы костей, раны и ссадины различных частей тела). При оказании помощи детям с закрытыми повреждениями брюшной полости консервативное лечение имело место в 92% случаев. 13 пациентов оперированы. Выполнена диагностическая лапароскопия (13) и органосохраняющие операции. 1 торакотомия, торакоцентез, 8 пациентам лаваж и дренирование брюшной полости. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койкодень составил 5,5.

Таким образом, особая актуальность проблемы закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства характеризуется совокупностью следующих факторов:

- трудностью диагностики при сочетанных травмах у детей,
- исключительной сложностью послеоперационного периода и развитием осложнеий, локализующихся вне зоны травматизации.

Следует сделать вывод, что большинство травм наблюдается в летний период, у мальчиков в возрасте от 6 ло 14 лет, что позволяет включить их в группу риска по повышенной травматизации и проводить профилактику, путем проведения организованного отдыха под наблюдением взрослых.

Репозиторий ГрГМУ

ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ДАЛЬТОНИЗМА. ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА

Д. Н. Шиян, Е. И. Калашник

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность: Огромное практическое значение для человека имеет способность различать цвета и оттенки. Когда дело доходит до определенных сфер жизни, неспособность различать цвет может стать серьёзной проблем. Из литературных источников стало известно что, причина невозможности адекватного цветового восприятие – это дисфункция колбочек. Различают наследственный и приобретенный дальтонизм. Дальтонизм разделяют на три типа: аномальная трихромазия, дихромазия, монохромазия, в дихромазии выделяют: протанопию, дейтеранопию, тританопию. Признаки дальтонизма индивидуальны в каждом конкретном случае, но все же имеются общие черты.

Цель: Изучить особенности зрения у людей, страдающих дальтонизмом, проверить и сравнить точность диагностических тестов на выявление цветовой слепоты.

Материал и методика: Эксперимент проводился с помощью полихроматических таблиц Рабкина и диагностического теста Ишихары. Проверка цветовосприятия проводилась на добровольцах от 20 до 45 лет, из которых 24 мужчин и 13 женщин страдающих наследственным дальтонизмом. Острота зрения при этом составляла 100%.

Результаты: В ходе тестирования было установлено, что испытуемые могут распознавать цвета синего, розового, а также фиолетового оттенка и их комбинаций. Сочетание красного и зеленого воспринимались как один цвет. При прохождении теста Ишихары испытуемые почти без труда определяли большинство цветов, изображенных на рисунках, и только лишь несколько изображений вызвало у них трудности. В случае с полихроматическими таблицами Рабкина полученые результаты полностью совпадали с описанием и подтвердили у 14 мужчин и 7 женщин цветовую слепоту в зеленой части спектра – дейтеранопию. У 5 мужчин и 2 женщин слепоту в красной части спектра – протанопию. У остальных людей было выявлено аномальную трихромазию.

Выводы: По результатам тестирования, полихроматические таблицы Рабкина показали высокую точность в сравнении с тестом Ишихары. Изучив материалы по данной теме, стало известно, что число дальтоников среди мужчин, намного выше, чем среди женщин (8% и 0,4% соответственно). Медикаментов для лечения дальтонизма не существует, однако в 2009 было опубликовано успешные результаты лечения дальтонизма у обезьян с помощью методов генной инженерии. Также существуют методы коррекции цветовосприятия с помощью специальных линз. Дальтоники – это полноценные и адекватные люди, которые не имеют других проблем со здоровьем.

Репозиторий ГрГМУ

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

А. С. Шуляк, К. С. Белюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель. Изучить результаты лечения различных вариантов завершения холедохотомии и оценить эффективность новых предложенных методов.

Методы и материал. Сравнительный анализ материальных затрат в послеоперационном периоде 250 пациентов, которым были выполнены открытые оперативные вмешательства на желчных протоках по поводу желчнокаменной болезни осложненной холедохолитиазом, стенозом Фатерового сосочка и механической желтухой. Все пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с вариантами завершения холедохотомии. Группа №1 - 179 пациентов с наружным дренированием общего желчного протока. Группа №2 - 32 пациента с ушиванием холедохотомического отверстие прецизионным непрерывным «матрацным» швом в сочетании с наружным дренажом через культю пузырного протока по Холстеду. Группа №3 состоит из 39 пациентов, у которых холедохотомическое отверстие было ушито глухим прецизионной швом (ГПШ). У 26-ти пациентов этой группы был использован скрытый самоудоляющийся дренаж для устранения билиарной гипертензии в раннем послеоперационном периоде, а у 13 пациентов дренаж общего желчного протока не применялся.

Результаты. Наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде выявлено в 1-й группе - у 27 (15,08 %) пациентов. Из них у 15 (8,38 %) больных осложнения были связаны непосредственно с наружным дренированием общего желчного протока. У 9-ти пациентов обнаружена желчеистечение по улавливающему дренажу из-за негерметичности швов в области стояния дренажа общего желчного протока. В 6-ти случаях желчеистечение самостоятельно прекратилось в течение 4–10-ти суток. 3-м пациентам в результате развития желчного перитонита выполнялись повторная лапаротомия, санация подпеченочного пространства, брюшной полости и повторное дренирование общего желчного протока по Вишневскому. У 4-х (2,23%) пациентов в послеоперационном периоде не удалось удалить дренаж Вишневского, в связи этим данные пациенты были выписаны из стационара с рекомендацией на повторную госпитализацию через неделю. У 2-го (1,12%) пациента после удаления наружного дренажа на 17-е сутки появились боли в правом подреберье, истечение желчи по каналу дренажа, в связи с чем были выполнены релапаротомия и повторное дренирование общего желчного протока по Вишневскому. Кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии выявлено у 3-х (1,68%) человек. В одном случае кровотечение удалось купировать консервативными мероприятиями, а во втором понадобилось выполнить повторную лапаротомию и прошивание кровоточащего сосуда в области папиллосфиктеротомии. У 2-х (1,12%) больных в области терминального отдела общего желчного протока обнаружены оставшиеся конкременты. Имелся 1 (0,56%) летальный исход по

Репозиторий ГрГМУ

причине развития желчного перитонита. Количество послеоперационных койко-дней у пациентов первой группы составило: медиана – 19,0; квартили – 16,0–21,0.

В группе 2 у 32 пациентов, которым прецизионный шов холедохотомического отверстия был наложен в сочетании с наружным дренированием общего желчного протока по Холстеду, осложнений не отмечено. Но количество послеоперационных койко-дней в данной группе оставалось высоким: медиана – 19,5; квартили – 16,0–21,0, и не имелось статистически значимых различий в сравнении с группой 1, что связано с невозможностью удаления дренажа общего желчного протока ранее 10–14 суток.

Среди 39 пациентов группы 3 только у 4 (10,26%) больных в послеоперационном периоде было обнаружено кратковременное желчеистечение по контрольному дренажу, которое самостоятельно прекратилось в течение 4–6 суток. У 26 (66,67%) пациентов, которым ГПШ холедохотомического отверстия был выполнен в сочетании с дренированием общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажем, подтекание желчи по улавливающему дренажу не отмечено. У 1-го (2,56%) оперированного с сопутствующей язвенной болезнью в послеоперационном периоде возник эпизод желудочно-кишечного кровотечения, купировавшийся консервативными мероприятиями, из-за чего сроки госпитализации этих пациентов были увеличены. У 34 (87,18%) остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, количество послеоперационных койко-дней у пациентов группы 3 составило: медиана – 11,5; квартили – 9,5–16,5, что имеет статистически значимые отличия (критерий Манна-Уитни, $p<0,05$) при сравнении с группой 1 (медиана 19,0; квартили 16,0–21,0) и группой 2 (медиана 19,5, квартили 16,0–21). Увеличение количества послеоперационных койко-дней у больных групп 1 и 2 по сравнению с группой 3 было связано с невозможностью удаления наружного дренажа общего желчного протока ранее 10–14 суток. Скрытый самоудаляющийся дренаж не требовал специального извлечения, что позволяло выписывать больных на 8–10 сутки после отхождения самоудаляющегося дренажа и существенно сократить продолжительность послеоперационного лечения в стационаре.

Материальные затраты на послеоперационное лечение в хирургическом отделении из расчета на одного пациента в группе 1 составил - 430 $; в группе 2 - 863 $. Это подчеркивает экономическую значимость предложенной методики.

Таким образом, применение ГПШ холедоха в сочетании со скрытым самоудаляющимся дренажем позволяет избежать осложнений, связанных с наружным дренированием, сократить продолжительность послеоперационного стационарного лечения и материальных затрат.

Репозиторий ГрГМУ

ZDROWIE I KOMPENSACJA. PERSPEKTYWA FENOMENOLOGICZNA

Barański J.
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polska

Zdrowie jest doświadczaniem własnego ciała jako zdolnego do przyjęcia pożądanych stanów i do podjęcia oczekiwanych czynności, czyli w pełni swoich dyspozycji psychofizycznych. Tak odczuwane zdrowie jest podstawą poczucia tożsamości, ponieważ zakłada doświadczanie siebie jako całości psychofizycznej, nad którą nadbudowuje się w czasie tożsamość biograficzna. Zdrowie jest zatem źródłem samoidentyfikacji.

Choroba (*illness*) zaś jest naruszeniem jedności *Ja* i jego związku z ciałem, jest jednocześnie zagrożeniem dla obrazu własnej tożsamości, któremu towarzyszy poczucie dezintegracji, poczucie rozpadu jedności między ciałem a *Ja*. To wszelka zmiana, która uniemożliwia doświadczanie siebie jako osoby zdrowej, czyli uniemożliwia doświadczenie, kluczowej dla poczucia tożsamości, „ontologicznej jedności *Ja* i ciała – integralności i pełni", a nadto „Niesie cierpienie, poczucie obcości (*Unhemlichkeit*) i braku zakorzenienia w świecie". Choroba to poczucie utraty kontroli nad sobą, zachwiania egzystencjalnego, któremu towarzyszy niepokój, lęk i dezorientacja. Choroba jest zatem ograniczeniem zdolności człowieka „do jego integracji, wyrażając się często poprzez alienację, a nawet depersonalizację".

Doświadczanie zdrowia ma jednak dwojakie oblicze. Jest odczuwaniem swoich zdolności psychofizycznych jako będących w dyspozycji indywiduum dla realizacji własnych zamiarów i pragnień; jest również – za sprawą społecznych wymagań – intencjonalnym oczekiwaniem, aby stany oraz czynności ciała i psychiki uległy owym wymaganiom. Ograniczenia tych dyspozycji lub niezdolność do spełnienia stawianych sobie wymagań psychofizycznych są interpretowane przez indywiduum jako choroba.

Z perspektywy fenomenologicznej choroba (*illness*) jest dyskomfortem obejmującym całość psychofizyczną – to bolące *Ja*. Ból bądź ograniczenia dyspozycji ciała i psychiki są tym doświadczeniem siebie, które narusza pamiętany i oczekiwany intencjonalny obraz ciała. Ból jest ciałem „doświadczanym w bolesny sposób", podważając odczucie ciała jako czegoś własnego, należącego do *Ja*. Ból, ograniczenie dyspozycji, jest transcendentny, „całkowicie pozbawiony intencjonalności", doświadczany jako obcy ciału i narzucający to poczucie obcości na ciało.

Zdrowie i kompensacja

Współczesna kultura określa ludzką egzystencję, a szczególnie jej aspekt cielesny, jako pełen deficytów, ograniczeń, niedostatków i zagrożeń. Nie pomaga w tym „definicja" zdrowia WHO – „Zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz również pełny dobrostan jednostki w sensie biologicznym, psychicznym, społecznym", ponieważ zawiera w sobie absolutystyczne pragnienie (roszczenie) zakładające możliwość osiągnięcia idealnego stanu zdrowia: w ujęciu tym „nadmiernie inkluzywny („holistyczny") charakter umożliwia medykalizację

Репозиторий ГрГМУ

niemal każdego aspektu życia społecznego". Co oznacza, że trwale nosimy poczucie bycia chorym albo zagrożenia chorobą. Ten deficyt egzystencji wymaga właśnie kompensacji.

Zdrowie jest więc nie tylko brakiem choroby (*disease*) i dobrostanu człowieka, ale przede wszystkim umiejętnym sposobem kompensowania przez niego jakichkolwiek egzystencjalnych, w tym i psychofizycznych deficytów po to, aby zapewnić sobie trwały i możliwy do osiągnięcia komfort. Dlatego współczesny człowiek to przede wszystkim *homo compensator*, kompensujący wszelkie zło, jakie go dotknęło: absencje zdolności, niepowodzenia, dolegliwości, ból – cokolwiek, co uzna za przyczynę złego samopoczucia, aby uzyskać poczucie radości życia, nosić w sobie przeświadczenie o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem, dysponować poczuciem jedności *Ja* i ciała.

Jeśli więc pojawiają się jakiekolwiek deficyty zdrowotne, jednostka podejmuje starania, aby je kompensować. Jeśli niemożliwe było osiągnięcie pożądanego stanu psychofizycznego bądź nastąpiła utrata tego stanu; jeśli niemożliwe było uzyskanie określonego pożądanego przez jednostkę dobra bądź nastąpiła jego utrata, sposobem zaradzenia tej sytuacji jest strategia kompensacji. To strategia odciążenia za dolegliwy, obciążający emocjonalnie brak, który jednostka odczuwa jako zło egzystencjalne.

Zdrowym jest przeto nie ten, który łatwiej się adoptuje do zastanych lub narzuconych przez otoczenie społeczne wymagań, ale ten który umiejętnie kompensuje braki tej adaptacji, zdejmując z siebie odium nieszczęścia, złego samopoczucia, dolegliwości, a nawet choroby. Im bardziej bowiem rosną wymagania społeczne, tym słabsza jest adaptacja społeczna jednostki, tym również większy zakres nieadekwatnych zachowań i tym gorsze samopoczucie, tym większe poczucie deficytów psychofizycznych.

O ile jednak adaptacja społeczna jest procesem uspołecznienia, w którym jednostka biernie uczestniczy, adekwatnie lub nie reagując na oczekiwania społeczne, narzucone role i normy otoczenia społecznego, to proces kompensacji deficytów wynikających z niepowodzeń adaptacji społecznej (rozumianych jako niemożność realizowania partykularnych celów jednostki pomimo spełnienia przez nią oczekiwań społecznych) zakłada sprawczość i refleksyjność indywiduum. Jednostka kalkuluje, w jaki sposób przeformułować własne cele; zmodyfikować swoje postawy i działania; wywołać bądź utrwalić pożądane stany psychofizyczne; przeobrazić swój wygląd i aktywność życiową, aby niepowodzenia kompensować doznawaniem przyjemnych przeżyć, doświadczaniem sukcesu, społecznego prestiżu, poczuciem samozadowolenia. Racjonalizuje również osiągnięte rezultaty swoich działań, konsekwencje wyborów, aby przedstawić je sobie jako zamierzone wcześniej cele. Jeśli tym wysiłkom jednostki towarzyszą pożądane stany emocjonalne, ma ona poczucie satysfakcji, a nawet szczęścia. Pragnie zarządzać swoimi stanami psychicznymi i fizjologicznymi. To nowoczesne zarządzanie tożsamością i projektowanie siebie: *Ja*, wraz z komponentem cielesnym tożsamości, jawi się jako przedmiot wyborów własnych odczuć, emocji, pamięci i wyobrażeń, zdolności i umiejętności. Zdrowie, jak i sposób jego doświadczania, staje się opcją własnych przekonań, potrzeb, pragnień i wartości.

Репозиторий ГрГМУ

ANALIZA SYTUACJI KSZTAŁCENIA LEKARZY W POLSCE

Piecewicz-Szczęsna H., Karwat I.D.

Katedra i Zakład Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Z roku na rok dostrzegane są coraz większe braki lekarzy w Polsce. Największe deficyty odnotowują się w małych miejscowościach, w szpitalach powiatowych, lecznictwie ambulatoryjnym. W 2013 roku w kraju na 1000 mieszkańców przypadało tylko 2,2 lekarzy. To najgorszy wskaźnik w Unii Europejskiej i o 50% niższy od średniej unijnej. Dla porównywania u najbliższych sąsiadów Polski, na przykład na Słowacji ta liczba wynosi 3,4, w Czechach – 3,7, a w Niemczech-4. Szczególnie braki dotyczą lekarzy specjalistów (zwłaszcza neonatologów, pediatrów, pulmonologów, endokrynologów, torakochirurgów, hematologów, geriatrów). Średnia wieku pediatrów w Polsce wynosi 58 lat. Za kilka lat katastroficznie mało będzie lekarzy dbających o zdrowie małych pacjentów. Społeczeństwo polskie szybko się starzeje, a na dzień dzisiejszy tylko 298 lekarzy ma specjalizację z geriatrii. Dużo polskich lekarzy podejmuję pracę za granicą, a do tego zachęcają ich lepsze warunki zatrudnienia, wyższe wynagrodzenie, możliwość profesjonalnego rozwoju i szansa dalszego kształcenia.

Za 10 lat Polska będzie zmuszona sprowadzać lekarzy z zagranicy. Już w tej chwili dwie trzecie wszystkich lekarzy ma powyżej 45 lat. W 2014 roku w Polsce studia lekarskie rozpoczęło 3160 osób, a dla porównania w Niemczech – ponad 10 tysięcy. W Polsce liczba absolwentów studiów medycznych wynosi 6,7 na 100 tysięcy mieszkańców, a w Unii Europejskiej wskaźnik ten równa się 9,9. Szacuje się, że, aby wypełnić lukę, należałoby przyjmować corocznie 5 tys. studentów medycyny. Problemem są jednak duże koszty kształcenia (25000-35000 złotych na jednego studenta za 1 rok edukacji). Kształcenie w żadnym innym zawodzie nie kosztuje tak dużo jak kształcenie lekarzy.

Ministerstwo Zdrowia ustala corocznie limity przyjęcia studentów na kierunek lekarski na uczelniach medycznych. Według opinii ekspertów limity przyjęć na studia wynikają z braku środków w budżecie państwa, a nie z braku możliwości organizacji kształcenia większej liczby lekarzy ze strony uczelni. W 2015 roku studia lekarskie podjęło o 667 osób więcej niż w 2014. Limit przyjęć na studia zwiększył się o 394 miejsc na studiach stacjonarnych, o 183 – na niestacjonarnych i o 100 miejsc dla studentów zagranicznych. Na kierunkach medycznych w Polsce kształci się ponad 5 tysięcy obcokrajowców (najwięcej na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie i w Gdańsku), którzy płacą po 12 tysięcy euro za rok nauki. Przyznawanie wysokiego limitu przyjęć dla studentów anglojęzycznych, mimo, że jest to prestiżowe i korzystne finansowo dla uczelni, powoduje jednak ograniczenie miejsc do kształcenia kadry medycznej, która zostanie w Polsce.

Jak wynika ze statystyk, w najbliższych latach kryzys kadr medycznych będzie się pogłębiać. Już teraz zapotrzebowanie na lekarzy przewyższa liczbę

Репозиторий ГГМУ

absolwentów wyższych uczelni w Polsce. Sytuację mogłoby poprawić umożliwienie kształcenia lekarzy na uczelniach prywatnych. Zaletą tego rozwiązania jest to, iż nie pociąga ono za sobą wydatków z budżetu państwa. Pojawiają się jednak obawy o jakość kształcenia na uczelniach niemedycznych. Są wątpliwości czy będą one w stanie odpowiednio przygotować przyszłych lekarzy. Drugim pomysłem na uzupełnienie braków kadrowych było skrócenie ścieżki kształcenia lekarzy poprzez likwidację stażu podyplomowego. Jednak obecnie uważa się, że również to może obniżyć jakość kształcenia. Zdaniem samorządów lepszym rozwiązaniem jest uwolnienie limitów dla uniwersytetów medycznych dla studentów polskojęzycznych na studiach płatnych, które nie są dotowane przez państwo. Należałoby zwiększyć wykorzystanie potencjału już istniejących jednostek, dających gwarancję wysokiej jakości kształcenia.

Pieśmiennictwo

1. Rocznik Statystyczny. GUS, Warszawa 2015.
2. Rocznik Statystyczny EUROSTAT 2014.
3. Strony internetowe Ministerstwa Zdrowia i uczelni medycznych w Polsce.

SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ POLSKĄ MŁODZIEŻ

Piecewicz-Szczęsna H., Korzeniowska M.

Katedra i Zakład Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zjawisko alkoholizmu stało się palącym problemem dzisiejszego świata, w którym ¾ ludności żyje w środowisku patologicznym. W przypadku alkoholizmu, najważniejsze jest poznanie i zrozumienie istoty samego zjawiska. Natomiast upowszechnienie problematyki alkoholizmu w społeczeństwie stwarza niewątpliwie korzystne warunki do walki z tym rodzajem patologii społecznej.

Celem pracy jest poznanie rozmiarów zjawiska spożywania napojów alkoholowych przez młodzież na przykładzie klas trzecich wybranego gimnazjum powiatu krasnostawskiego województwa lubelskiego. Metodą badań był sondaż diagnostyczny. Materiał badawczy zebrano za pomocą techniki ankietowej, a narzędziem badawczym stała ankieta własnego autorstwa.

Problem picia alkoholu jest aktualny dla uczniów badanego gimnazjum. Najczęściej wymienianą częstotliwością spożywania alkoholu jest okazjonalnie. Odpowiedziało tak 56% badanych. Natomiast 18% respondentów stwierdziło, że pije 1-2 razy w miesiącu, oraz tyle samo osób zaznaczyło, że pije raz w tygodniu. Niepokojącym jest fakt, że 3% osób w wieku 15-16 lat pije alkohol codziennie. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym jest piwo. Wiele uczniów wskazuje na częste używanie alkoholu, co łączy się z przeznaczaniem na te cele średnio do 50 złotych miesięcznie.

Młodzi ludzie spożywają alkohol najczęściej w plenerze, w miejscach publicznych (56%). Aż 36% badanych robi to w domu, niewiele mniej w barach/pubach. Co trzeci zaś (31%) na dyskotekach. Tak więc innymi słowy, aż

Репозиторий ГрГМУ

blisko 100% wszystkich badanych łączy alkohol ze spędzaniem wolnego czasu i rozrywką. Warto tu zaznaczyć, że badana grupa to uczniowie klas trzecich gimnazjum, czyli osoby w wieku 15- 16 lat. W Polsce istnieje zakaz sprzedawania alkoholu dzieciom do 18 roku życia. Więc, rodzi się pytanie: kto im sprzedaje lub kupuje alkohol?

Młodzi ludzie najczęściej traktują picie alkoholu jako zwyczaj powszechny, który towarzyszy im w różnego rodzaju uroczystych, spotkaniach, nawet rodzinnych, zaś 1/3 respondentów spożywa alkohol wręcz bez okazji. Większość młodych ludzi pije alkohol ze względów osobistych, m.in. dla towarzystwa, zabawy, w celu zapomnienia o własnych problemach. Istotnym jest również fakt, iż młodzi ludzie mają pełną świadomość negatywnych następstw używania alkoholu w tak młodym wieku, a mimo to piją napoje alkoholowe bez względu na poważne konsekwencje.

Głównym powodem wymienianym jako bodziec do zaprzestania spożywania alkoholu jest stan zdrowia osoby. Na drugim miejscu wśród powodów do abstynencji alkoholowej znalazł się pozytywny wpływ osoby bliskiej. Takiej odpowiedzi udzieliło 24% respondentów. Wśród badanych 22% osób podało jako powód zaprzestania picia obawę przed wpadnięciem w nałóg. Aż 1/5 osób badanych (20%) odpowiedziało, że póki co nie widzi powodu dla jakiego miałby rezygnować z alkoholu.

Bardzo ważną w takiej sytuacji wydaje się być edukacja zdrowotna, aby młode pokolenie nie poddało się iluzji łatwego szczęścia. Obowiązkiem profesjonalistów jest opracowanie i ulepszanie istniejących programów profilaktycznych w kierunku walki z alkoholizmem. Alkohol będzie w zasięgu ręki młodzieży zawsze, znajdzie się i kolega, który zaproponuje, a nawet namówi do wypicia piwa lub innego napoju alkoholowego. Najważniejszym w tej sytuacji jest człowiek, zwłaszcza młody, który powinien zdecydowanie powiedzieć „nie" i być przekonanym, że to jest jedyne właściwe rozwiązanie, ze względu na brak widocznej granicy między okazjonalnym popijaniem alkoholu a nałogiem.

Pieśmiennictwo

1. Izdebska J., Dziecko w rodzinie i środowisku rówieśniczym, Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2003.
2. Majchrowska A., Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. W: Elementy socjologii dla pielęgniarek, red. I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska – Butrym, Wyd. Czelej, Lublin 2000, s. 3-4.
3. Taranowicz I., Zachowania w zdrowiu i chorobie. W: Zdrowie i choroba, red. J. Barański, W. Piątkowski, Oficyna wydawnicza ATUT, Wrocław 2002, s. 20-26.
4. Żółnierczuk – Kieliszek D., Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Zdrowie Publiczne, red. T. B. Kulik, M. Latalski. Wyd. Czelej, Lublin 2002.

Репозиторий ГрГМУ

FORENSIC EVALUATION OF THE CORRECT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN UKRAINE

A. Pletenetska

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Forensic Medicine

Introduction.Because traumatic brain injury (TBI) is one of the leading places in the structure of total injuries, it's logical, that it's also one of the most important aspects of forensic investigations. Forensic examinations in cases of head injury, which were made in the forensic department of SI "TheMain Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" for 2012-2014, were analyzed.

The aim of the research was to study the shortcomings during forensic examinations in cases of TBI, according to data of commission forensic examinations of the SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health Of Ukraine".

Materials and methods.Research materials were 741 forensic examination in cases of TBI, made in forensic department of the SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health Of Ukraine" for 2012-2014.

The data were subjected to statistical analysis by standard methods of descriptive statistics using BIOSTAT. Statistical analysis included the calculation of primary statistical parameters (mean and standard error (M)).

Results.In forensic medical department of SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" for 2012-2014 cases of traumatic brain injury met in all examinations in 39.1% (741 cases from 1895 total). Among the expert conclusions, which were changed by commissions of the Main Bureau, the biggest number was also TBI - 236 cases (31.85% of the total number of examinations with TBI (741)). The number of altered conclusions in relation to the total number of examinations in cases of TBI each year increased from 27,9 ± 2,18% in 2012 to 35,38 ± 2,18% in 2014.

Analyzing the examination, it was found that in medical records for forensics in many cases doctors established diagnosis "TBI" incorrectly, especially in cases of clinically-mild traumatic brain injury - concussion of a brain and bruises of a brain of mild degree, which amounted to 83,37% and 12,76%, respectively.

Most of the unfulfilled diagnostic and therapeutic measures concerned concussion of a brain. Thus, in the diagnosis of "concussion" not conducted CT or MRI of the brain, the diagnostic-therapeutic lumbar puncture wasn't donecraniography of a skull, reo encephalographic research vessels of the brain, electroencephalographic study. About the quality of patient examination It's striking that the neurological status of the majority of patients wasn't described in full, with complete neglect of neurological symptoms, peculiar to a particular form of TBI. Complicating forensic assessment also the fact that in some cases neurologists diagnosed "concussion" only on the basis of subjective patient complaints (headache, dizziness, nausea, etc.) and anamnesis (head injury, according to the patient's words). However, no patient was examined

Репозиторій ТДМУ

neurosurgeons, ophthalmologists and otorhinolaryngologist, what's necessary in cases of head injury. In some cases the diagnosis of "concussion" was established by traumatologists, surgeons, etc., that non-core specialty physicians.

As for the more severe TBI as the bruise of a brain, the defects, that were found in the analysis of medical records in the forensic examination, were similar to what occurred with concussion. Thus, doctors at diagnosis "Traumatic brain injury" doesn't comply with clinical protocols of care. That's why during the examination of living persons, clinically mild forms of TBI commissioners of bureau attributed to injury of middle severity on the basis of duration of health disorder and even to hard injury, in case of repeated forensic medical examinations at the Main Bureau, these cases were almost a third of all admitted (31.78%).

Examinations of dead bodies in cases of TBI were a minority of cases (26.15%).

The reason of shortcomings committed during forensic examinations in cases of traumatic brain injury, has two main components: first, the shortcomings of expert work and, secondly, the shortcomings of clinicians at the stage of diagnosis and treatment of TBI. As for the disadvantages of an expert, they should be divided into the following groups. During the examination of living persons, on the one hand, this underestimation survey data of victims, ignoring comorbidity and peculiarities of TBI in children and elderly, as well as the background of intoxication, incomplete study of medical records; on the other hand, organizational shortcomings (the absence of consultations of victims by neurologists, neurosurgeons, etc.). During the examination of corpses the major shortcomings were related with not fully describing and disorders of the fence material for histological examination.

Conclusions.

1. In forensic medical department of SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" for 2012-2014 cases of traumatic brain injury met in all examinations in 39.1% (741 cases from 1895 total). Among the expert conclusions, which were changed by commissions of the Main Bureau, the biggest number was also TBI - 236 cases (31.85% of the total number of examinations with TBI (741)). The number of altered conclusions in relation to the total number of examinations in cases of TBI each year increased from 27,9 ± 2,18% in 2012 to 35,38 ± 2,18% in 2014.

2. In provided for forensics medical records in many cases doctors established diagnosis "TBI" unsubstantiated. Most of the unfulfilled diagnostic and therapeutic measures concerned concussion of a brain and mild brain bruises. Thus, doctors at diagnosis "Traumatic brain injury" doesn't comply with clinical protocols of care.

3. During the examination of living persons, clinically mild forms of TBI commissioners of bureau attributed to injury of middle severity on the basis of duration of health disorder and even to hard injury, in case of repeated forensic medical examinations at the Main Bureau, these cases were almost a third of all admitted (31.78%).

Репозиторий ТГМУ

4. Examinations of dead bodies in cases of TBI were a minority of cases (26.15%).

5. The reason of shortcomings committed during forensic examinations in cases of traumatic brain injury, has two main components: first, the shortcomings of expert work and, secondly, the shortcomings of clinicians at the stage of diagnosis and treatment of TBI. As for the disadvantages of an expert, they should be divided into the following groups. During the examination of living persons, on the one hand, this underestimation survey data of victims, ignoring comorbidity and peculiarities of TBI in children and elderly, as well as the background of intoxication, incomplete study of medical records; on the other hand, organizational shortcomings (the absence of consultations of victims by neurologists, neurosurgeons, etc.). During the examination of corpses the major shortcomings were related with not fully describing and disorders of the fence material for histological examination.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В. С. Глушанко, М. В. Алфёрова, Е. В. Михневич

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

Профилактическая направленность системы здравоохранения определена как ведущий фактор государственной политики в области охраны здоровья населения. Показатели состояния здоровья нации определяют потенциал социально-экономического, культурного и индустриального развития всего государства в целом.

С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения, здравоохранение представляет собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Посредством статистического и аналитического методов исследования осуществлен ретроспективный анализ статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Использованы данные официальных документов, утвержденные Министром здравоохранения и статистические сборники «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 2005-2015 гг.

Использованы логико-теоретические и эмпирические методы; материалы научных источников и собственные результаты исследования.

Основные направления исследования:

1. Осуществлен системный анализ интегрированной профилактики социальной патологии; выявлены медицинские, фармацевтические и

Репозиторий ГрГМУ

организационные составляющие интегрированной профилактики социальной патологии на республиканском и региональном уровнях.

2. Изучена белорусская система здравоохранения, дана оценка ее результативности в контексте индекса развития человеческого потенциала.

3. Дан анализ результативности белорусской модели здравоохранения по основным показателям, характеризующим здоровье населения, а также степени внедрения инновационных высокотехнологичных методов лечения.

4. Предложена модель модернизации системы здравоохранения в контексте индекса человеческого развития.

5. Модернизация мероприятий по борьбе с социально-значимыми инвалидизирующими патологиями как индикатор белорусской модели здравоохранения.

6. Проведен региональный анализ структуры насильственной смерти среди лиц трудоспособного возраста от воздействия внешних причин.

7. Изучены демографические процессы естественного воспроизводства населения в Витебской области; результативность государственных миграционных программ страны.

8. Рассмотрены вопросы управления и организации платных услуг населению в республике Беларусь.

9. Изучены системообразующие критерии образовательных средств формирования здорового образа жизни.

10. Проведен социологический мониторинг отношения к физической активности и спорту в студенческой среде; здоровый образ жизни как фактор жизненного успеха студенческой молодежи.

11. Выделены и обобщены инновационные составляющие формирования красивого телосложения как дидактической основы для обучения будущих врачей и провизоров.

Основные научные результаты. Разработанные механизмы интегрированной профилактики социальной патологии позволят сократить распространенность социально-значимой патологии, улучшить качество жизни, снизить уровень инвалидизации и ускорить социально-трудовую реабилитацию.

На основании системного анализа медицинских, фармацевтических и организационных составляющих разработаны практические рекомендации по обоснованию программ интегрированной профилактики социальной патологии; предложены пути повышения эффективности профилактической работы.

Применение методологии системного анализа и методик интегральной оценки эффективности медицинских технологий (МТ) позволяет поэтапно отслеживать процесс реализации медицинской помощи (МП) и разрабатывать механизмы оптимизации МТ на различных уровнях; доказать необходимость создания и реализации долгосрочных государственных социально-медицинских программ.

Репозиторий ГрГМУ

Установление факторов удовлетворенности качества медицинской помощи (КМП) пациентов дерматовенерологического профиля раскрывает возможности целенаправленных профилактических мер.

Устранение причин смертности населения от болезней системы кровообращения, цереброваскулярных болезней, онкологических заболеваний, травм, суицидальных случаев, отравлений, поведенческих факторов риска и при неотложных состояниях способствуют улучшению состоянию здоровья населения и обеспечивают экономическую эффективность.

Динамичному развитию первичной медико-санитарной помощи, общей врачебной практики, скорой медицинской помощи, формированию отделений (палат) интенсивного лечения, развитию высокотехнологичных видов МП способствует обеспечение постоянного анализа своевременности и качества МП на всех этапах ее оказания.

Определение уровней оказания первичной медицинской помощи в зависимости от множества факторов, дифференцированно воздействующих на население, обеспечивает целенаправленность применения организационных технологий.

Принцип оптимального баланса между оригинальными и генерическими лекарственными средствами (ЛС) дает основу для эффективного развития системы здравоохранения Республики Беларусь при формировании перечня основных ЛС.

Использование фармакоэкономических методов и подходов повышает эффективность реализации политики импортозамещения и развития фармацевтического производства, связанного с проблемами ресурсосбережения.

Заключение. Несмотря на общепризнанные достижения и успехи отечественного здравоохранения, имеется и ряд существенных предложений. Данные официальной статистики, результаты многолетних и многочисленных исследований, проводимых в Республике Беларусь, подтверждают факт ухудшения здоровья детского и взрослого населения, сокращается ожидаемая продолжительность жизни взрослого трудоспособного населения, отмечается также рост некоторых социально-значимых заболеваний. Снижение такой патологии как ВИЧ-инфекция, наркомания, суициды и др. относятся к наиболее актуальным задачам современности, поскольку эта патология становится одной из основных угроз здоровью населения, и, прежде всего, здоровью подростков и молодежи. Решение проблемы снижения социально значимой патологии требует комплексного подхода и интеграции усилий не только здравоохранения, но и участие многих министерств, ведомств и общественных организаций. Немаловажно изменить отношение населения к своему здоровью, как наивысшей ценности, которую надо приумножать и беречь в течение всей жизни. Широкая общественность, включая и представителей руководящего звена всех уровней, должна четко понимать, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение

Репозиторий ГрГМУ

неблагоприятных воздействий на человека, реализация профилактических программ, внедрение здоровье сберегающих технологий, а не только улучшение диагностики и современные методы лечения способны реализовать стратегические задачи по решению проблем общественного здравоохранения.

Литература

1. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 г. / Нац. комис. по устойчивому развитию Респ. Беларусь; редкол.: Л. М. Александрович [и др.]. – Минск: Юнипак, 2004. – 202 с.

Репозиторий ГрГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОПОТРЕБЛЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
А. В. Адамович **3**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ
С. И. Байгот, Д. Ю. Ракович, А. А. Сытый **7**

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА
И. Г. Барцевич, А. Н. Мякишев, В. С. Сазаненок **10**

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
И. Г. Барцевич, В. С. Сазаненок, А. Н. Мякишев **12**

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
А. Н. Биляков **15**

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Е. А. Болокадзе, Е. Н. Пионова **17**

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ
Э. А. Вальчук **19**

К БИОГРАФИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА А. И. МИЦКЕВИЧА (1921-1989)
Ю. К. Васильев, К. К. Васильев **21**

К БИОГРАФИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ОДЕССКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ФЕДОРА ФЕДОРОВИЧА БУРЛАКОВА
К. К. Васильев **24**

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА, КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Г. Н. Витовская, Е. И. Рублевская **29**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК, СЕРДЦА)
Е. В. Власова-Розанская **33**

Репозиторий ГрГМУ

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В. В. Волчек, Л. А. Гриценко, А. А. Анисимова, Д. И. Аверин, М. А. Гайданка 36

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, Я. И. Хильмончик, Д. Ю. Ракович, А. А. Сытый 39

ВЗГЛЯД УЧАЩИХСЯ 10-Х КЛАССОВ НА ПРОБЛЕМУ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО И СЧАСТЛИВОГО РЕБЁНКА (По материалам областной олимпиады по здоровому образу жизни)
Н. Т. Гиндюк, Г. С. Стасевич, В. С. Машенская 42

ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
И. С. Глаз 45

ПРЕПОДАВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ
Е. В. Головкова 51

АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК
М. А. Гончарь, И. С. Дриль 53

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРО КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
М. О. Гончарь, Т. С. Малич, В. Ю. Мужановский 56

ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЗІ ШКОЛЯРАМИ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ
О. Горай 59

ЯКІСТЬ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЯК СУЧАСНИЙ ПРІОРИТЕТ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ
С. В. Гордійчук 63

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКАНЦЕРОГЕННЫХ РИСКОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ДООЧИЩЕННОЙ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ОТ РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ
Л. В. Григоренко 68

Репозиторий ГрГМУ

ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД И РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
А. А. Дагаева, Н. И. Грек, В. С. Урбанович 70

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОЛОДЕЖИ
А. А. Дорощик, Е. М. Сурмач 73

МИРОВАЯ МЕДИЦИНА В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЯМИ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ
Ю. Г. Дунаева 76

ВЛИЯНИЕ ФУРОКСАНА НА ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ НЕФРИТЕ
Е. А. Дученко, В. И. Корниенко, Б. А. Самура, Е. В. Ладогубец..... 79

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ СНА У СТУДЕНТОК ДЕВУШЕК
Ю. М. Емельянчик, Е. А. Бурак..... 83

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
Г. И. Заборовский, М. С. Мороз 86

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СКОЛИОЗА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ГРОДНО, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ПРОФИЛАКТИКИ
О. В. Заяц 88

ТАБАКОКУРЕНИЕ МАТЕРЕЙ И АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
В. Л. Зверко, А. И. Пальцева, С. Д. Лукашик, Т. В. Лисай, Ж. А. Косаренкова..... 90

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ОТКАЗ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ
В. И. Иванова 92

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ И БЕЛОРУССКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ: СТРАТЕГИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ДО 2030 ГОДА
А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев 95

Репозиторий ГрГМУ

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД 2000-2015 ГОДОВ
О. П. Касиян, Г. М. Ткаченко 99

МНОГОДЕТНОСТЬ – БЛАГОПОЛУЧИЕ ИЛИ ПРОБЛЕМА
Н. А. Касперчук 103

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ ШКОЛЬНИЦЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
Н. В. Качук, С. А. Гарбуз, Л. В. Гутикова 104

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Н. В. Качук, Л. Н. Кеда, А. И. Пальцева, А. В. Русина 106

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ
М. И. Ковтун 109

АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
А. В. Копыток..... 113

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАТЕНТАХ СТРАН МИРОВОГО СООБЩЕСТВА
П. М. Королёв..... 116

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОЗА
Е. Г. Королева, О. М. Лапыш 119

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИАОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Е. Г. Королева, Д. Ю. Дегтярёва 122

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2002-2015 ГОДЫ
Т. В. Короткевич, Т. С. Голубева, А. А. Кралько 125

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА В КОЛЛЕКТИВЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЭКСПРЕСС-МЕТОДИКИ»
Е. Н. Кроткова, Л. В. Волкова, К. О. Кротков..... 129

Репозиторий ГрГМУ

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ КОЕК В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Е. Н. Кроткова, А. К. Дойлидо **132**

РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ У ВИРІШЕННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНІЇ У ПІДЛІТКІВ
І. М. Круковська, І. Р. Махновська **136**

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК - КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
О. Е. Кузнецов, О. В. Горчакова, А. А. Кузнецова **139**

К ВОПРОСУ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИОПИЕЙ И ПДС СРЕДИ УЧАЩИХСЯ УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
М. Ю. Куликова **143**

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ Г. ГОМЕЛЯ
М. Ю. Куликова **145**

МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НЕРВОВ НЕКОТОРЫХ МЫШЦ ДНА ПОЛОСТИ РТА У ЧЕЛОВЕКА
А .С. Кулиш, Л. В. Измайлова, С. А. Кулиш **149**

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ СРЕДИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
С. В. Куницкая, С. В.Сергеенко **151**

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ С 2005 ПО 2014 ГОДЫ (ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ)
С. В. Куницкая, В. Ю. Демидчик, А. Д. Гетманова **153**

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
С. В. Куницкая, И. И. Халямина, Е. С. Игумнова, Е. Ю. Сапешко, М. А. Котикова **157**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Ю. В. Кухарчик, А. А. Сытый, Д. Ю. Ракович, К. О. Горенюк **160**

Репозиторий ГрГМУ

ПРИЧИНЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Ю. В. Кухарчик.....163

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
С. В. Лелевич.....166

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
С. В. Лелевич.....167

СИНТЕТИЧЕСКИЕ НАРКОТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
В. В. Лелевич, А. Г. Виницкая, Ю. В. Сарана, С. В. Лелевич 169

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В. Н. Лехан, Л. В. Крячкова, С. А. Ипатенко, К. В. Брящей, В. А. Капитулина 172

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Г. И. Макурина 176

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
И. В. Малахова, Д. Ф. Куницкий, Т. В. Дудина, Е. В. Халикова.....179

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ ГЛАВНЫХ (СТАРШИХ) МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
Т. В. Матвейчик, Р. И. Делендик 181

ПРОФЕССОР ВЛАДИМИР ВАЛЕРИАНОВИЧ ПОДВЫСОЦКИЙ (1857-1913) - ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НОВОРОССИЙСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
А. В. Мельниченко, К. К. Васильев 185

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Т .С. Милош, Л. В. Гутикова, В. Э. Сайковская, Н. Я. Юшкевич, С. А. Разина.....187

ВЛИЯНИЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН – КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН
Т. С. Милош 190

Репозиторий ГрГМУ

РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС
Р. А. Мисюра **193**

ИСТОРИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ г. МИНСКА
С. Ф. Михалюк, А. В. Лукьянец **197**

ЗДОРОВОЕ СТАРЕНИЕ – ЗАЛОГ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ
С. Ф. Михалюк, Р. А. Михалюк **200**

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ РЕЕСТРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
Э. И. Мищук, Н. В. Езепчук **203**

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ СТРАТЕГИИ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ АБОРТОВ В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»
Э. И. Мищук **207**

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И. Н. Мороз, В. Ч. Можейко **209**

УРОВЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Е. В. Омельченко, М. А. Гончарь, Г. Р. Муратов, М. И. Стрелкова .. **212**

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, УЧАЩИХСЯ Г. МИНСКА
Т. П. Павлович, И. Н. Гирко, А. Н. Черевко **215**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ОТ ИСТОКОВ ДА НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ
Т. П. Павлович, Н. Н. Пилипцевич **219**

ДИСЦИПЛИНА «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ» В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ
Т. П. Павлович, А. В. Сазановец, А. И. Посудневская **222**

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЛЕЧЕННЫХ ВРНПЦ «КАРДИОЛОГИЯ»
Т.П. Павлович, А. П. Шкет, Р. В. Пересько, Е. А. Воропай **224**

Репозиторий БГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ,НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Т. П. Павлович, М. А. Лях, Ю. Е. Прошина 229

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ УПОТРЕБЛЯЛИ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
А. И. Пальцева, Л. Н. Кеда, С. Д. Лукашик, Т. В. Лисай, М. В. Дешкевич 233

БЕЗМОЛОЧНОЕ ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ МОЛОКА, ПРОГРАММИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЕЕ РЕБЕНКА
А. И. Пальцева, С. М. Пономаренко, Ж. А. Косаренкова 235

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО БЮРО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ – КАК ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
Ю. В. Петельский, О. Л. Зеньков, Е. М. Тищенко.....237

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕСТО В ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ
В. Н. Погорелов, Н. А. Лисицкая, Н. Д. Телегина, В. Ю. Мужановский 239

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО
Е. А. Рига, И. В. Гордиенко, Н. В. Коновалова, Р. В. Марабян 242

ВНЕШНИЙ ВИД ВРАЧА КАК АТРИБУТ ЕГО ИМИДЖА
Ю. И. Ровкач, И. С. Задора, А. И. Совецкая.....244

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ
Т. Н. Рожко, В. Л. Зверко, Л. Н. Кеда, С. А. Разина, Н. Б. Полудень .246

О ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ДЕПРЕССИИ РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
А. П. Романова, Н. Г. Гвоздь, О. А. Харькова 248

ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В. Н. Ростовцев, Т. И. Терехович, И. Б. Марченкова.....251

Репозиторий ГрГМУ

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ – НОВАЯ МОДЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)
Л. Г. Роша 255

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Т. П. Русина, В. М. Шейбак 259

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СИНДРОМА ЭМОЦИАНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
В. Г. Саросек 260

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ ОРИЕНТАЦИИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ
С. П. Сивакова, Г. Д. Смирнова 263

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРОФИЛАКТИКИ СТАРЕНИЯ
Н. С. Слободская 267

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ
Л. М. Смирнова 270

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ
Л. Г. Соболева 272

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ» В УО «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
Г. В. Солонец, Н. Н. Луговцова, И. В. Гавриленко 276

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧА ПСИХОЛОГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ
Т. И. Спасюк 279

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ
Е. М. Сурмач, А. А. Дорощик, Л. Н. Смирнова, И. А. Синкевич 283

РОЛЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
М. Ю. Сурмач, А. К. Епифанова 286

Репозиторий ГрГМУ

ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР ОБРАЗА ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
М. Ю. Сурмач, А. К. Епифанова 289

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН
А. А. Сытый, Е. М. Тищенко, Д. Ю. Ракович, К. О. Горенюк 294

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ В БЕЛАРУСИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ
Е. М. Тищенко.....296

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ
В. К. Третьякевич, Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский, О. В. Чечков, Е. И. Трусь, А. С. Балбатун.....298

ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
Е. И. Трусь 299

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВАНИЯ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА
В. И. Филипович.....302

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РАБОТАЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ (МИКРОБНОГО ФАКТОРА)
В. А. Филонюк, В. В. Шевляков, Г. И. Эрм, Е. В. Чернышова 306

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ И МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ И ПОБУЖДЕНИЕ КУРИЛЬЩИКОВ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ, В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ
Е. Н. Хейфец 310

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
Н. Е. Хейфец 315

АНАЗИЗ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И СОСЕДНИХ СТРАНАХ
Н. Е. Хильмончик 319

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
В. А. Ходаковский, О. А. Байдак, А. О. Карпечина, Т. П. Павлович 323

Репозиторий ГрГМУ

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КОЛЛЕКТИВА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ БСК В РАМКАХ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ У ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА
Л. В. Хрущева, М. Ю. Куликова, Г. В. Солонец 326

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Т. А. Чайковская, Т. В. Хомичук 330

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Т. В. Чайченко, Л. Г. Тельнова, Е. С. Рыбка, Н. В. Шульга, Т. В. Лутай 331

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСИ
А. Н. Черевко, С. В. Куницкая, И. Н. Гирко 332

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В КОЛЛЕКТИВЕ, ЕГО СПЛОЧЕННОСТЬ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕДАГОГА, ЕГО УСПЕШНОСТЬ
М. А. Чечётка 336

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ
О. В. Чечков 339

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
В. М. Шейбак, П. В. Бондарева, К. И. Болдак, Л. В. Шейбак 342

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ
В. М. Шейбак, А. В. Мойсей, И. В. Насута 344

ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ДАЛЬТОНИЗМА. ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА
Д. Н. Шиян, Е. И. Калашник 346

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА
А. С. Шуляк, К. С. Белюк 347

ZDROWIE I KOMPENSACJA. PERSPEKTYWA FENOMENOLOGICZNA
Barański J. 349

Репозиторий ГрГМУ

ANALIZA SYTUACJI KSZTAŁCENIA LEKARZY W POLSCE
Piecewicz-Szczęsna H., Karwat I.D. 351

SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ POLSKĄ MŁODZIEŻ
Piecewicz-Szczęsna H., Korzeniowska M. 352

FORENSIC EVALUATION OF THE CORRECT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN UKRAINE
A. Pletenetska 354

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
В. С. Глушанко, М. В. Алфёрова, Е. В. Михневич…….356

Репозиторий ГрГМУ

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сборник материалов
научно-практической конференции
с международным участием

21 октября 2016 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка С. В. Петрушиной

Подписано в печать 18.10.2016.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл. печ. л. 21,62. Уч.-изд. л. 23,54.
Тираж 30 экз. Заказ 223.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

Репозиторий ГрГМУ