Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЕВГЕНИЯ МИХАЙЛОВИЧА ТИЩЕНКО

(к 60-летию со дня рождения)

Репозиторий ГрГМУ

Гродно
ГрГМУ
2020

УДК 614.2:378.4(091)
ББК 51.1
С23

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 9 от 09.06.2020 г.).

Главный редактор: ректор УО «Гродненский государственный медицинский университет», член-корр. НАН Беларуси проф. В. А. Снежицкий.

Редакционная коллегия: первый проректор, канд. биол. наук, доц. В. В. Воробьёв, проректор по научной работе, д-р мед. наук, проф. С. Б. Вольф, зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения, д-р мед. наук, доц. М. Ю. Сурмач (отв. редактор).

Рецензенты: зав. каф. общей гигиены и экологии, д-р мед. наук, проф. И. А. Наумов; зав. научно-исследовательской лабораторией НИЧ, канд. мед. наук, доц. М. Н. Курбат.

С 23 **Сборник** научных статей, посвящённый памяти профессора Евгения Михайловича Тищенко (к 60-летию со дня рождения) [Электронный ресурс] / Ред. кол.: В. А. Снежицкий (гл. ред.), М. Ю. Сурмач (отв. ред.) и др – Электрон. текст. дан. (объем 5.1 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 1эл. опт. диск (CD-ROM) – Систем. требования IBM-совместимый компьютер; Windows 7 и выше; необходимая программа для работы Adobe Reader; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 16-х и выше. – Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-595-270-2.

В сборнике научных статей представлены работы по таким тематическим направлениям, как история медицины, общественное здоровье и здравоохранение, развитие медицинской науки и медицинского образования на территориях исторической и современной Республики Беларусь, вклад белорусского здравоохранения и здравоохранения Гродненской области в достижения мировой медицинской науки и практики, подготовка кадров здравоохранения, проблемы здоровья населения и пути их решения. Тематика сборника отражает направления деятельности безвременно ушедшего из жизни профессора Евгения Тищенко, – выдающегося гродненского учёного, историка медицины, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, декана медико-диагностического факультета УО «ГрГМУ». Статьи публикуются на русском, белорусском и английском языках. Представлено более 80 работ, как из зарубежных стран (Польша, Италия), Российской Федерации, так и из Республики Беларусь.

Сборник будет полезен научному сообществу историков медицины, организаторов здравоохранения, преподавателям медицинских университетов, студентам, магистрантам, аспирантам. Может использоваться в последипломном образовании.

УДК 614.2:378.4(091)
ББК 51.1

ISBN 978-985-595-270-2

©УО «ГрГМУ», 2020

Репозиторий ГрГМУ

ПРОФЕССОР ЕВГЕНИЙ МИХАЙЛОВИЧ ТИЩЕНКО: ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ, НАУЧНАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Сурмач М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Статья посвящена жизненному пути, педагогической и общественной деятельности, научным достижениям профессора Евгения Михайловича Тищенко – видного историка медицины, одного из основателей медико-диагностического факультета, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета.

Ключевые слова: профессор Евгений Тищенко, жизненный путь, научные достижения, педагогическая деятельность.

PROFESSOR YEVGENY MIKHAILOVICH TISHCHENKO: LIFE PATH, SCIENTIFIC AND PEDAGOGICAL ACTIVITY

Surmach M. Yu.

Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Summary. The article is devoted to the life path, pedagogical and social activities, scientific achievements of Professor Yevgeny Mikhailovich Tishchenko – a prominent medical historian, one of the founders of Medical-Diagnostic Faculty, Head of the Department of Public health and Health services of Grodno State Medical University.

Key words: Professor Yevgeny Tishchenko, life path, scientific achievements, pedagogical activity.

Детство

Профессор, доктор медицинских наук Евгений Тищенко родился 7 декабря 1960 года в Гродно, в семье служащих.

Мать Лилия Михайловна работала парикмахером, отец Михаил Иванович был военнослужащим. Семья жила на окраине города, в деревянном доме без удобств. Маленький Женя был третьим ребёнком в семье, где, кроме него, подрастали две девочки: Нина и Жанна. Позже Нина Михайловна закончила Гродненский медицинский институт, в который поступила с четвертой попытки, и стала участковым врачом – педиатром в одной из поликлиник города Гродно. Жанна Михайловна закончила факультет начальных классов Гродненского университета имени Янки Купалы, стала социальным работником. Учился в средней школе № 6 г. Гродно, которую окончил на

Репозиторий ГрГМУ

отлично, лишь с четырьмя четверками в аттестате, и с Похвальной грамотой по химии. Увлекался химией, биологией: за «министерскую» контрольную работу по химии получил наивысшую оценку в школе. Занимался в секции по волейболу, участвовал в городских соревнованиях [2; 4].



Профессор Евгений Михайлович Тищенко

Репозиторий ГрГМУ

Студенческие годы

В 1977 году Евгений Тищенко поступил на лечебный факультет Гродненского государственного медицинского института. На протяжении 1977-1983 гг. учился на «отлично» и окончил институт с отличием по специальности «лечебное дело» с присвоением квалификации «врач».

С начала учёбы в университете увлекался студенческой наукой, занимался в студенческих научных кружках: со второго по шестой курс – на кафедре биохимии, научный руководитель Галина Антоновна Доста, а также выполнял научные работы на кафедрах госпитальной хирургии (руководитель Петр Васильевич Гарелик), оториноларингологии (руководитель Болеслав Моисеевич Шнейдер), социальной гигиены и организации здравоохранения (руководитель Елена Александровна Савко). Неоднократно выступал с докладами на студенческих конференциях, а впоследствии и на заседаниях Совета молодых учёных института. Будучи студентом выпускного курса, опубликовал две первые печатные работы.

Евгения Тищенко всегда отличала активная жизненная позиция: это не только тяга к науке, но и участие в студенческом молодёжном движении. В студенческие годы он участвовал в семи строительных отрядах, в том числе после второго курса – на мелиоративных работах в Островецком районе. Позже, в 1991 году, уже будучи преподавателем, руководил студенческим строительным отрядом в Нижневартовске. Являлся безвозмездным донором. Член профсоюзного бюро, начиная с пятого курса, на шестом курсе – комсорг группы [2; 4].

Начало трудовой деятельности

После окончания в 1983 году с отличием Гродненского медицинского института, начал свою трудовую деятельность в стенах этого же учебного заведения, на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. С декабря 1982 года по август 1986 года кафедру возглавлял профессор, доктор медицинских наук Григорий Романович Крючок (1918-1987). Это был известный историк медицины СССР, соавтор учебника по истории медицины, автор первой монографии по истории медицины Белоруссии, основатель белорусской научной школы по истории медицины. Он стал первым наставником будущего профессора в труде преподавателя и первый учитель Е. М. Тищенко по истории медицины. Именно он привил молодому исследователю «чувство исторического подхода». Под его руководством Евгений Тищенко начал преподавать дисциплину в вузе.

С 1984 по 1999 годы Е. М. Тищенко был единственным преподавателем в Гродненском государственном медицинском институте, который вел семинарские занятия и читал лекции по истории медицины. В этот период им подготовлены методические рекомендации по истории медицины для разных специальностей для студентов и преподавателей, первые типовые учебные программы по дисциплине. Введен проблемный принцип изложения материала, в том числе истории медицины Беларуси в связи с развитием всеобщей истории

Репозиторий ГрГМУ

медицины. Создана слайдотека (всего около 500 слайдов), которая в последующем переведена в мультимедийный формат. Молодой преподаватель стремился преподавать любимую дисциплину наглядно, увлечь студентов этой наукой. Организовывал (в конце 1980-х годов) экскурсии в музеи истории медицины Риги, Каунаса, Львова, Киева.

Непрерывно повышал собственную профессиональную квалификацию. Особенно ярким и запоминающимся для будущего профессора было повышение квалификации по истории медицины на курсах Всесоюзного ордена Ленина института усовершенствования врачей (Каунас, 1985, Астрахань 1989). Курсы проходили живо, в них принимали участие преподаватели многих городов Советского Союза, среди которых происходил обмен опытом по методике преподавания, методологии научных исследований, этике, сопровождались курсы, как правило, культурно-экскурсионной программой. Руководил курсами профессор Эдуард Дмитриевич Грибанов.

Профессор Евгений Тищенко также впоследствии организовал курсы повышения квалификации по истории медицины Всесоюзного института усовершенствования врачей (Гродно, 1991), и впервые – по организации сестринского дела для медсестер с высшим образованием (Гродно, 2000, 2006) [1; 3].

Научная работа

Научные исследования профессора Е. М. Тищенко были посвящены проблемам истории медицины, общественного здоровья и здравоохранения, медицинского образования. Научным руководителем его кандидатской диссертации стал генерал-лейтенант медицинской службы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, профессор, доктор медицинских наук Анатолий Сергеевич Георгиевский (1908-1998), докторской – руководитель отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья РАМН, профессор, доктор медицинских наук Марк Борисович Мирский (1930-2010). В 1992 году Евгений Тищенко защитил кандидатскую диссертацию на тему «Здравоохранение Белоруссии в период Великой Отечественной войны», а в 2002 году – докторскую на тему «История здравоохранения Белоруссии в XX веке». Защита докторской диссертации состоялась в Москве с последующей переаттестацией Высшей аттестационной комиссией Республики Беларусь в 2004 году. Диссертационные исследования построены на изучении и анализе архивных материалов, для чего Е. М. Тищенко упорно работал в шестнадцати архивах четырёх стран. Впервые была представлена история здравоохранения Беларуси в XX веке в целом и на его отдельных исторических этапах. Учёное звание доцента было присвоено Е. М. Тищенко в 1995 году, профессора – в 2005 году.

Е. М. Тищенко являлся членом Президиума Международной конфедерации историков медицины СНГ (2003), вице-председателем Белорусского общества истории медицины и фармации (1995), национальным членом Международного общества истории медицины (1995), иностранным

Репозиторий ГрГМУ

членом Польского общества истории медицины и фармации (1997). Был включён в состав редакционных коллегий рецензируемых научных журналов из перечня Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь: «Вопросы организации и информатизации здравоохранения» (2002), «Журнал Гродненского государственного медицинского университета» (2009), «Медицинские знания» (2010), зарубежных рецензируемых журналов: «Problemy higieny i epidemiologii» (Польша, 2009), «Hygeia Public Health» (Польша, 2010), «Arhiwum historii i filozofii medycyny» (Польша, 2010). Входил также в состав редакционных коллегий двух научных сборников, выпускаемых ежегодно (Литва, Болгария).

Профессор принимал участие в многочисленных научных съездах, конференциях, симпозиумах, в том числе международных, зарубежных, республиканских (таблица 1): в 35-м конгрессе международного общества истории медицины (о. Кос, Греция, 1996), съездах Польского общества истории медицины и фармации (Вроцлав, 1994; Сопот, 1997; Познань 2000, 2003), Польском съезде историков (Вроцлав, 1999), Съезде Польского фармацевтического общества (Познань, 2001), 3-м Всесоюзном съезде историков медицины (Кобулети, 1986), съездах Конфедерации историков медицины СНГ (Москва, 1998, 2003, 2009), научных симпозиумах по истории медицины в Москве (1994, 1995, 1997, 1998, 2000, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009), Балтийских конференциях по истории науки (Вильнюс – Каунас, 1991, 2006, Таллинн 2010), симпозиумах по истории фармации Польского фармацевтического общества (Краков, 1996, Гетжвальд, 1998, Познань, 1999, 2005, Горинец Здрою, 2004, Старград 2006, Красичин, 2007, Лихен, 2008, Быдгощ, 2009), съездах и конференциях Польского общества социальной медицины и общественного здоровья (Вроцлав, 2000, Познань, 2003, 2009, Быдгощ, 2010) [1; 2; 3; 4].

Сведения об участии ученого Тищенко Е. М. в научных форумах

Место	Год	Научный форум
о. Кос, Греция	1996	35-й конгресс международного общества истории медицины
Вроцлав Сопот Познань	1994 1997 2000,2003	Съезд Польского общества истории медицины и фармации
Вроцлав	1999	Польский съезд историков
Познань	2001	Съезд Польского фармацевтического общества
Кобулети	1986	3-й Всесоюзный съезд историков медицины
Москва	1998, 2003, 2009	Съезд Конфедерации историков медицины СНГ

Репозиторий ГрГМУ

Место	Год	Научный форум
Москва	1994, 1995, 1997, 1998, 2000, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009	Научный симпозиум по истории медицины
Вильнюс Каунас Таллин	1991 2006 2010	Балтийские конференции по истории науки
Краков Гетжвальд Познань Горинец Здрою Старград Красичин Лихен Быдгош	1996 1998 1999,2005 2004 2006 2007 2008 2009	Симпозиумы по истории фармации Польского фармацевтического общества

Входил в состав организационного и научного комитета зарубежных и республиканских конференций. В частности: республиканских конференций по истории медицины (Гродно-Белавичи, 1992, Минск, 1993, 1995, 2004, Рогачев, 2001, Витебск, 1998, 2009). Инициировал проведение Гродненских конференций по истории медицины (1986, 1987, 1988, 1990, 1995, 1996, 1997, 1999, 2000, 2002) и сестринскому делу (2002, 2005, 2006, 2007, 2009, 2010). Присутствовал на заседаниях обществ историков медицины в Москве, Санкт-Петербурге, Варшаве. Руководил работой общества историков медицины в Гродно.

Общественная деятельность

На протяжении многих лет Евгений Михайлович Тищенко проводил большую общественную работу. В конце 1980-х годов он являлся секретарем комсомольской организации сотрудников Гродненского медицинского института. В тот период широкое развитие получила добровольная народная дружина, в которой он принимал непосредственное участие, за что был отмечен знаком «Отличный дружинник БССР» (1987). Принимал активное участие в организации вечеров отдыха для молодых сотрудников. Организатор и редактор многотиражной газеты института «Эскулап» (1992-1998). Участвовал в работе Совета Гродненского общества охраны памятников (1988), Гродненского обкома Красного Креста (1995).

На протяжении 1999-2004 годов выполнял обязанности председателя профкома сотрудников Гродненского медицинского института. Входил в состав Гродненского областного комитета профсоюза работников здравоохранения (с 2000).

Репозиторий ГрГМУ

Профессиональный рост

С 1999 Евгений Тищенко неоднократно занимал передовые позиции в научном и учебно-методическом рейтинге профессорско-преподавательского состава Гродненского медицинского института, впоследствии – Гродненского государственного медицинского университета.

В 2002 году он был избран на должность заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Гродненского государственного медицинского университета. Во время работы заведующим кафедрой организовал создание тематических пакетов нормативной, учетно-отчетной документации, ситуационных заданий для самостоятельной работы студентов, компьютерных тестов по общественному здоровью и здравоохранению. Были обновлены методические рекомендации для студентов и преподавателей по всем преподаваемым дисциплинам.

С 2005 года профессор Е. М. Тищенко работал в должности декана факультета медицинских сестер с высшим образованием, который в 2008 году стал медико-диагностическим факультетом. На факультете подготовка осуществлялась по двум специальностям: медико-диагностическое дело и сестринское дело. Е. М. Тищенко непосредственно принимал участие в разработке трех образовательных стандартов [1; 2; 3; 4].

В период работы в должности заведующего кафедрой и затем – декана, Е. М. Тищенко входил в состав рабочих групп Министерства здравоохранения Республики Беларусь по разработке и выполнению территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи (2003), по оптимизации структуры и управления здравоохранения (2006), экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Беларусь (2002), в Республиканский совет по сестринской службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь (2008). Являлся внештатным специалистом по общественному здоровью и здравоохранению управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета (2005). С 2000 года являлся членом правления Белорусского общественного объединения организаторов здравоохранения. Входил в состав совета университета, являлся председателем совета медико-диагностического факультета, участвовал в работе совета по воспитательной работе, комиссии по борьбе с правонарушениями, центрального научно-методического совета, редакционно-издательского совета, аттестационной комиссии Гродненского государственного медицинского университета.

Основные даты жизни и деятельности декана медико-психологического факультета, доктора медицинских наук, профессора Е. М. Тищенко

1960	7 декабря 1960 г. родился в г. Гродно
1977-1983	Студент Гродненского государственного медицинского института
1983-1991	Ассистент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ГрГМИ

Репозиторий ГрГМУ

1991-1995	Старший преподаватель кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ГрГМИ
1992	Присуждена ученая степень кандидата медицинских наук
1995-2002	Доцент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ГрГМУ
2000	Проректор по воспитательной работе
1999-2004	Председатель профкома сотрудников ГрГМУ
2002-2005	Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГрГМУ
2002	Присуждена ученая степень доктора медицинских наук ВАК РФ
2004	Присуждена ученая степень доктора медицинских наук ВАК РБ
2005	Присвоено ученое звание профессор

Награды Евгения Михайловича Тищенко

За годы трудовой деятельности неоднократно был награждён: знаком «100 лет профсоюзному движению» Федерации профсоюзов Беларуси (2009), Почетной грамотой Министерства здравоохранения и Белорусского республиканского профсоюза работников здравоохранения (2008), Почетной грамотой Республиканского комитета Белорусского общества Красного Креста (1999, 2000), Почетной грамотой Президиума Гродненского обкома профсоюза работников здравоохранения (1998, 2008), Почетной грамотой Общественного объединения средних медицинских работников Гродненской области (2006), Почетной грамотой Гродненского городского совета депутатов (2003), благодарственным письмом Гродненского областного совета ветеранов (2009), Почетной грамотой Гродненского государственного медицинского института (1998), Почетной грамотой Белорусской медицинской академии последипломного образования (2010).

Награды профессора Тищенко Евгения Михайловича

Годы	Награды
1997	Знак «Отличный дружинник БССР»
1998, 2008	Почетная грамота Президиума Гродненского обкома профсоюза работников здравоохранения
1998, 2010	Почетная грамота Гродненского государственного медицинского института
1999, 2000	Почетная грамота Республиканского комитета Белорусского общества Красного Креста
1999, 2008	Почетная грамота Министерства здравоохранения и Белорусского республиканского профсоюза работников здравоохранения
2003	Почетной грамотой Гродненского городского совета депутатов

Репозиторий ГрГМУ

Годы	Награды
2006	Почетная грамота Общественного объединения средних медицинских работников Гродненской области
2009	Знак «100 лет профсоюзному движению» Федерации профсоюзов Беларуси
2009	Благодарственное письмо Гродненского областного совета ветеранов
2010	Почетная грамота Белорусской медицинской академии последипломного образования

Библиографический указатель публикаций профессора Евгения Тищенко, изданный в честь его 50-летнего юбилея, насчитывал 588 наименований печатных трудов, из них 6 монографий, 5 учебных пособий с грифом Министерства образования Республики Беларусь. Он являлся ответственным редактором 19 сборников научных работ, библиографического указателя.

Евгений Михайлович Тищенко был опытным наставником-педагогом, научным руководителем 2 кандидатских (Хильмончик Н. Е., Сурмач М. Ю.) и 2 докторских диссертаций (Наумов И. А.. Сурмач М. Ю.).

Литература

1. Гарелик, П. В. 50 лет Гродненскому государственному медицинскому университету; события и биографии/ П. В. Гарелик, Е. М. Тищенко. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – С. 304-311.
2. Евгений Михайлович Тищенко: библиографический указатель: к 50летию со дня рождения / сост. Е. С. Волкова, Е. А. Гирза; под общ. Ред. Л. С. Лукашевич. – Гродно: ГрГМУ. – 2010 – 112 с.
3. Заведующие кафедрами и профессора Гродненского государственного медицинского института (университета): Библиографический справочник/ Под ред. П. В. Гарелика и Е. М. Тищенко. – Гродно: ГГМУ, 2003. – С.174-175.
4. Пац, Н. В. Жизненный путь учёного, профессора Тищенко Евгения Михайловича и его вклад в составляющую истории и достижений белорусской науки в области истории медицины, организации здравоохранения и подготовку медицинских специалистов / Н. В. Пац // Журнал ГрГМУ. – 2010. – № 4. – С. 122 – 125.

Репозиторий ГрГМУ

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ. ВЕДУЩИЕ УЧЁНЫЕ И ЛИДЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗНЫХ СТРАН МИРА, ЧЬЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СВЯЗАНА С ИСТОРИЕЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

75-ГОДДЗЕ ПЕРАМОГІ: УКЛАД ВЕТЭРАНАЎ ВЯЛІКАЙ АЙЧЫННАЙ ВАЙНЫ І ЛІДЭРАЎ ПРАКТЫЧНАЙ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Ў АРГАНІЗАЦЫЮ І СТАНАЎЛЕННЕ КАФЕДРЫ ПРАМЯНЁВАЙ ДЫЯГНОСТЫКІ І ПРАМЯНЁВАЙ ТЭРАПІІ

Александровіч А. С., Зіматкіна Т. І.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Рэзюмэ. У працы прааналізаваны ўклад ветэранаў Вялікай Айчыннай вайны і лідараў практычнай аховы здароўя ў арганізацыю і станаўленне кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі.

Ключавыя словы: ветэраны, Вялікая Айчынная вайна, уклад, кафедра прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі.

75 ANNIVERSARY OF THE VICTORY: THE CONTRIBUTION OF VETERANS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR AND LEADERS OF PRACTICAL HEALTH CARE IN THE ORGANIZATION AND FORMATION OF DEPARTMENT OF RADIODIAGNOSIS AND RADIATION THERAPY

Aleksandrovich A. S., Zimatkina T. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. In work, the contribution of veterans of the Great Patriotic War and leaders of practical health care to the organization and formation of department of radio diagnostic and radiation therapy is analyzed.

Key words: veterans, Great Patriotic War, contribution, department of radio diagnostic and radiation therapy.

2020 г у свядомасці кожнага грамадзяніна Рэспублікі Беларусь – год Вялікай Перамогі. З часоў Вялікай Айчыннай вайны прайшло 75 гадоў, а падзяка нашым бацькам, дзядам, прадзедам, усім тым, хто аддаў сваё жыццё за

Репозиторий ГрГМУ

мірнае неба над нашымі галовамі застаецца назаўжды. Вайна не абышла ні адну сям'ю, і ў кожнага ёсць свая гісторыя, якая беражліва перадаецца з пакалення ў пакаленне. Ёсць такая гісторыя і ў кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі, ля вытокаў стварэння якой стаялі ветэраны Вялікай Айчыннай вайны і лідары практычнай аховы здароўя Беларусі.

Кафедра рэнтгеналогіі і медыцынскай радыялогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута была арганізавана ў 1961 г, згодна са штатным раскладам МЗ РБ ад 29 кастрычніка 1959 г. Кіраваў арганізацыяй кафедры і навучальнага працэсу Шрэдэрс Стэфан Антонавіч [1].

Першы склад кафедры ўключаў Шрэдэрса Стэфана Антонавіча и Смірнова Дзмітрыя Дзмітрыевіча.

Шрэдэрс Стэфан Антонавіч (05.04.1915-18.12.1995 г.). Нарадзіўся ў в. Рагозіна Пачэпскага р-на, Бранскай губерні, скончыў 1-й Маскоўскі медыцынскі інстытут у 1941 г.

Удзельнік Вялікай Айчыннай вайны (1941-1945 гг.), франтавік (1941-1945 гг.). Адзін з арганізатараў падпольнай антыфашысцкай барацьбы ў Германіі ў гады Вялікай Айчыннай вайны(1942-1944 гг.), пасля вязень фашысцкіх канцлагераў у «Грос-Розен», «Груліх», «Боэльке-Казэрнэ» (1944-1945 гг.).

Узнагароджаны: ордэнам «Айчыннай вайны II ступені»; медалямі – «40 гадоў Перамогі ў Вялікай Айчыннай вайне 1941-1945», «50 гадоў Перамогі ў Вялікай Айчыннай вайне 1941-1945».

Працаваў на пасадзе загадчыка кафедры рэнтгеналогіі і медыцынскай радыялогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута (1962-1972 гг.), а затым дацэнтам гэтай жа кафедры (1972-1974 гг.).

Шрэдэрс С. А. – кандыдат медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Рэнтгенамарфалагічныя і функцыянальныя змены ў страўніку і 12-перстнай кішцы пасля аперацыі ўшывання язвы», абаронена ў 1951 г. Аўтар 26 навуковых публікацый, яго навуковыя даследаванні прысвечаны рэнтгенамарфалагічным і функцыянальным зменам у страўніку і 12-перстнай кішцы пасля аперацыі ўшывання прабадной язвы, лячэнню і папярэджанні прамянёвых рэакцый.

Арганізатар Гродзенскага навукова-практычнага Таварыства рэнтгенолагаў, старшынёй якога быў да 1972 г.

Выйшаўшы на пенсію, ён актыўна ўключыўся ў працу Ўсесаюзнага грамадства «Веды», чытаў лекцыі па медыцынскай тэматыцы, асаблівую ўвагу надаваў патрыятычнаму выхаванню моладзі, ставячы ў прыклад такую ж моладзь падчас вайны, якая па ўласнай волі не шкадавала свайго жыцця ў глыбокім тыле ворага і вяла барацьбу ў падполле. У складзе агітцягнікоў «Ленінская змена», «Камсамольская праўда», «Маладагвардзеец», дабрачыннага спецрэйса Дзіцячага фонду і інш., па пуцёўках праўлення Ўсесаюзнага Таварыства «Веды» Шрэдэрс С. А. аб'ездзіў амаль усю тэрыторыю былога СССР. За гэтую працу ён быў адзначаны ганаровымі граматамі, падзячнымі лістамі, падзячнымі Граматамі. Паралельна Шрэдэрс С. А. пісаў

Рэпозиторий ГрГМУ

кнігу «Насуперак лёсу, знайдзі сябе...». Гэты ўспамін на 578 старонках аб нелегальнай дзейнасці савецкіх грамадзян-патрыётаў на часова акупаванай фашыстамі тэрыторыі. Главы з кнігі друкаваліся ў перыядычным друку.

Смірноў Дзмітрый Дзмітрыевіч (05.08.1924-06.11.2006 гг.). Нарадзіўся ў с. Афоніна Яраслаўскай вобласці. Скончыў Яраслаўскі дзяржаўны медыцынскі інстытут ў 1952 г.

Удзельнік Вялікай Айчыннай вайны, франтавік (1942-1945 гг.). Прайшоў баявы шлях ад Ржэва да Кенігсберга ў вайне з Германіяй і ад Чойбалсана ў Манголіі да Порт-Артура ў вайне з Японіяй. Прымаў удзел у вызваленні Ржэва, Смаленска, Віцебска, Вільні, Каўнаса, Кёнігсберга.

Смірноў Д. Д. узнагароджаны ўрадавымі ўзнагародамі: ордэны – «Чырвонай Зоркі», «Айчыннай вайны 2-й ступені»; медалі – «За адвагу», «За баявыя заслугі», «За перамогу над Германіяй», «За перамогу над Японіяй», «За штурм Кенігсберга», «Ветэрану працы».

Працаваў на пасадзе асістэнта кафедры рэнтгеналогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута (1962-1971 гг.) і дацэнта гэтай жа кафедры (1971-1977 гг.).

Смірноў Д. Д. – кандыдат медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Рэнтгенадыягностыка змяненняў касцяной тканіны пры хранічнай свінцовай інтаксікацыі», абаронена ў 1964 г. Аўтар больш за 30 навуковых публікацый, яго навуковыя даследаванні прысвечаны рэнтгенадыягностыцы змяненняў касцяной тканіны.

Беражноў Іван Панцялеевіч (12.01.1928-08.12.2004) нарадзіўся ў с. Георгіеўка Джамбульскай вобласці Казахскай ССР. Скончыў Кіргізскі дзяржаўны медыцынскі інстытут у 1949 г.

Працаваў на пасадзе загадчыка кафедры рэнтгеналогіі і медыцынскай радыялогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута ў 1972-1994 гг. і прафесара кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута ў 1994-1995 гг.

Беражноў І. П. – кандыдат медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Лячэбна-транспартная шына пры пераломах касцей таза», абаронена ў 1959 г.; доктар медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Дыягнастычныя магчымасці прыжыццёвай аўтарадыяграфіі пры раку страўніка і стрававода», абаронена ў 1972 г.; прафесар, 1972 г., пад яго кіраўніцтвам абаронены дзве кандыдацкія дысертацыі.

Аўтар больш за 100 навуковых публікацый, манаграфіі «Радыёізатопная дыягностыка рака страўнікава-кішачнага тракту», 2 навучальных дапаможнікаў для студэнтаў і 2 вынаходак. Яго навуковыя даследаванні прысвечаны прамянёвай дыягностыцы злаякасных пухлін, клінічнай радыебіялогіі. Стварыў на кафедры шырокую слайдатэку па медыцынскай радыялогіі. З 1972 па 1994 гг. з'яўляўся старшынёй навуковага таварыства прамянёвых дыягностаў Гродзенскай вобласці, членам рэдакцыйнага савета часопіса «Медыцынская радыялогія», актыўна ўдзельнічаў у працы таварыства «Веды».

Рэпозиторий ГрГМУ

Беражноў І. П. – Ганаровы доктар Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта. Выдатнік аховы здароўя. Узнагароджаны медалямі: «40 гадоў Узброеных Сіл СССР», «За бездакорную службу ў Савецкай Арміі», «Ветэран працы».

Гракава Людміла Сцяпанаўна нарадзілася 29.07.1938 г. у с. Казачынскае Краснаярскага краю. Скончыла Беларускі дзяржаўны медыцынскі інстытут у 1956 г.

Працавала на пасадзе асістэнта кафедры рэнтгеналогіі і медыцынскай радыялогіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута ў 1973-1979 гг., а затым асістэнтам кафедры рэнтгеналогіі Краснаярскага дзяржаўнага медыцынскага інстытута ў 1979-1983 гг. загадчыкам кафедры рэнтгеналогіі факультэта ўдасканалення ўрачоў Краснаярскага медыцынскага інстытута.

Гракава Л. С. – кандыдат медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Вазаграфічныя змены дробнасудзінкавага малюнка пры хранічнай пнеўманіі і раку лёгкага», абаронена ў 1968 г; доктар медыцынскіх навук, тэма дысертацыі «Ангіяграфічная карціна судзінкавага малюнка канечнасцяў пры рэгіянальнай перфузіі і ўнутрыартэрыяльнай інфузіі", абаронена ў 1983 г.; прафесар, 1983 г, пад яе кіраўніцтвам абаронены 9 кандыдацкіх і 4 доктарскіх дысертацый.

Гракавай Л. С. апублікавана 117 друкаваных прац, 3 манаграфіі, 9 патэнтаў на вынаходствы. Прыярытэтныя даследаванні прысвечаны прамянёвай дыягностыцы органаў дыхання, сасудзістай і апорна-рухальнай сістэм.

Гракава Л. С. з'яўляецца Ганаровым прафесарам Краснаярскай дзяржаўнай медыцынскай акадэміі; выдатнікам аховы здароўя Расійскай Федэрацыі. Лаўрэатам конкурсу Міжнароднай акадэміі навук і эканомікі Расіі. У 1999 г у сусветным інстытуце бібліяграфіі ў ЗША была адзначана як выдатны вучоны года.

У цяперашні час супрацоўнікі кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі Гродзенскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта імкнуцца годна працягваць традыцыі заснавальнікаў кафедры, лідараў практычнай аховы здароўя Рэспублікі Беларусь. Кафедра размяшчаецца на чатырох клінічных базах: УАЗ «Гродзенская ўніверсітэцкая клініка»; УАЗ «Гродзенскі клінічны перынатальны цэнтр»; УАЗ «Гарадская клінічная бальніца хуткай медыцынскай дапамогі г. Гродна»; УАЗ «Гродзенская абласная дзіцячая клінічная бальніца» і з 2016 года кафедрай кіруе кандыдат медыцынскіх навук, урач вышэйшай кваліфікацыйнай катэгорыі Александравіч Аляксандр Сулейманавіч.

На кафедры ажыццяўляецца падрыхтоўка студэнтаў у вочнай і завочнай формах навучання, а таксама паслявузаўскае навучанне лекараў і выкладаюцца на рускай і англійскай мовах наступныя дысцыпліны: радыяцыйная, экалагічная медыцына, прамянёвая дыягностыка і прамянёвая тэрапія, валеалогія на лячэбным, педыятрычным, медыка-дыягнастычным, медыка-псіхалагічным факультэтах і факультэце павышэння кваліфікацыі і перападрыхтоўкі [2].

Рэпозиторий ГрГМУ

Для навучання студэнтаў і курсантаў на кафедры актыўна выкарыстоўваюцца інавацыйныя тэхналогіі: ультрагукавой сімулятар "Shall 64" сумесна з ультрагукавымі апаратамі высокага класа і пачатковага ўзроўню для навучання практычным навыкам ультрагукавой дыягностыкі; праграмная абалонка Moodle для самападрыхтоўкі і правядзення заняткаў; база дадзеных прамянёвых даследаванняў УАЗ «Гродзенская ўніверсітэцкая клініка» для дэманстрацыі дыягнастычных малюнкаў лічбавай рэнтгенаграфіі на практычных занятках, а таксама дыягнастычнае і лячэбнае абсталяванне УАЗ «Гродзенская ўніверсітэцкая клініка»; УАЗ «Гродзенскі клінічны перынатальны цэнтр»; УАЗ «Гарадская клінічная бальніца хуткай медыцынскай дапамогі г. Гродна», УАЗ «Гродзенская абласная дзіцячая клінічная бальніца» [2, 3].

На кафедры рэгулярна праводзяцца ўніверсітэцкія алімпіяды студэнтаў: па прамянёвай дыягностыцы з выкарыстаннем самастойнага аналізу прамянёвых малюнкаў, складанне пратаколаў і заключэнняў у праграме для дыстанцыйнага навучання Moodle, размешчанай у ЭВМК; па радыяцыйнай і экалагічнай медыцыне, якія ўключаюць у сябе падрыхтоўку прэзентацый, дыстанцыйнае камп'ютарнае тэставанне і рашэнне сітуацыйных задач [3].

Пры арганізацыі навучальнага працэсу на кафедры выкарыстоўваюцца лічбавыя тэлевізары для дэманстрацыі навучальнага матэрыялу і фільмаў па прамянёвай дыягностыцы, радыяцыйнай і экалагічнай медыцыне.

Кафедра штогод праводзіць навучальныя і навукова-практычныя канферэнцыі. У 2017-2020 навучальных гг. супрацоўнікамі кафедры арганізаваны 10 навучальных студэнцкіх ўніверсітэцкіх, 5 навукова-практычных міжвузаўскіх з міжнародным удзелам канферэнцый студэнтаў, магістрантаў, аспірантаў і маладых навукоўцаў, 2 міжуніверсітэцкія і Рэспубліканская навукова-практычная канферэнцыя з міжнародным удзелам «Сучасныя пытанні радыяцыйнай і экалагічнай медыцыны, прамянёвай дыягностыкі і тэрапіі» у 2019 г. Канферэнцыя выклікала вялікую цікавасць у спецыялістаў з усіх рэгіёнаў Рэспублікі Беларусь. У ёй прынялі ўдзел вядучыя спецыялісты ў галіне радыяцыйнай і экалагічнай медыцыны, прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі. Сярод зарэгістраваных удзельнікаў Рэспубліканскай канферэнцыі навуковую ступень доктара навук мелі 9 чалавек, вучонае званне прафесара – 8, навуковую ступень кандыдата навук – 15. Усяго зарэгістравана больш за 130 урачоў, навуковых супрацоўнікаў і выкладчыкаў з розных устаноў Міністэрства аховы здароўя Рэспублікі Беларусь, Акадэміі Навук Беларусі, вядучых ВНУ краіны, а таксама шэрагу замежных медыцынскіх ВНУ.

Па выніках кожнай з вышэйпералічаных канферэнцый выдадзены зборнікі матэрыялаў канферэнцый, якія актыўна выкарыстоўваюцца студэнтамі, клінічнымі ардынатарамі і курсантамі для падрыхтоўкі да лекцый, практычных заняткаў, выканання кіраванай самастойнай і навуковай працы.

Калектыў кафедры і супрацоўнікі (Александровіч А. С., Зіматкіна Т. І.) на працягу шэрагу апошніх гадоў займаюць вядучыя месцы ў штогадовым рэйтынгу ўніверсітэта па вучэбна-метадычнай, навуковай і выхаваўчай працы.

Рэпозиторий ГрГМУ

У канцы хочацца адзначыць, што супрацоўнікі кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі імкнуцца годна працягнуць гісторыю кафедры і закладзеныя яе заснавальнікамі традыцыі, памятаюць і беражліва ўшаноўваюць памяць ветэранаў Вялікай Айчыннай вайны і лідараў практычнай аховы здароўя.

Літаратура

1. Александрович, А. С. Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии: история в лицах / А. С. Александрович, В. А. Овчинников, Т. И. Зиматкина // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии : сборник материалов II межвузовской научно-практической интернет-конференции, 10-11 мая 2018 года / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – С. 3-10.
2. Зиматкина, Т. И. О повышении академической компетентности по радиационной и экологической медицине студентов медицинского университета / Т. И. Зиматкина, Е. В. Дежиц, А. С. Александрович // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии : сборник материалов II межвузовской научно-практической интернет-конференции, 10-11 мая 2018 года / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – С. 91-98.
3. Александрович, А. С. О совершенствовании обучения студентов медико-диагностического факультета по радиационной, экологической медицине, лучевой диагностике и лучевой терапии / А. С. Александрович, Т. И. Зиматкина // Наука и образование: проблемы, идеи, инновации. – 2020. – № 4. – С. 7-10.

НРАВСТВЕННЫЕ ФАКТЫ И ПОРОКИ МЕДСЕСТРОВ И ПОСРЕДНИКОВ В ИСТОРИИ ПОЛЬСКОЙ МОРАЛЬНОЙ МЫСЛИ

Баранский Ю.

Вроцлавский медицинский университет, Вроцлав, Польша

Резюме. В статье рассказывается о польской моральной философии, которая стала источником размышлений о моральных достоинствах и пороках медсестер и акушерок. Каталоги моральных принципов, которые способствуют надлежащему уходу за пациентами, были составлены с конца 18-го века.

Ключевые слова: медсестра, акушерка, добродетели, этика, история медицины.

Репозиторий ГрГМУ

MORAL VIRTUES AND VICES OF NURSES AND MIDWIVES IN THE HISTORY OF THE POLISH MORAL THOUGHT

Barański J.

Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

Summary. The article evokes the Polish moral philosophy, which has become a source of reflection on moral virtues and vices of nurses and midwives. Catalogues of moral principles, which favor the proper care of patients, have been complied since the end of the 18th century.

Key words: nurse, midwife, virtues, ethics, history of medicine.

The history of reflection regarding moral virtues of people caring for the sick dates back to as early as the 18th century and has roots in the Polish moral philosophy which, until the beginning of the 19th century, covered almost all areas of human behavior. Theoretical origins of this reflection date back to Roman stoicism, Cicero, Seneca and Marcus Aurelius.

Moral education, represented in the 18th and 19th century literature, served as a powerful moral narrative of many names and types, including knowledge from philosophico-moral, economico-political, or even anthropologico-philosophical or philosophico-medical areas. Such education involved special handbooks dedicated to particular estates and offices, including military, children and women. Besides, moral education was taught in departmental and post-departmental schools in accordance with curricula formulated by the National Education Commission and was based on handbooks illustrated with moralistic stories, examples worth following, aphorisms, and folk adages. Moral education taught students about virtues and vices, and particularly, how to gain the former and eradicate the latter. According to the stoic tradition, moral education catalogued virtues and formulated registries of moral vices.

Professional midwifery dates back to the end of the 18th century and has its etymology in the Polish word “babienie”, which meant delivering babies and assisting women during the postpartum period by old country women (Polish: “baby”). Professional nursing has its beginnings at the end of the 19th century and it evolved from Sisters of Charity andnuns.

The first catalogue of virtues and vices in midwifery was published in 1790 by Ludwik Perzyna in the book “Nauka położna krótko zebrana cyrulikom położnym…” [*Compedium for Midwives…*]. The virtues of midwives included, above all, courage, tenderness, humanity, mercy, patience, modesty and concern for reputation. Stubbornness, rudeness, laziness and inhumanity excluded from the profession, as well as being "weak, sick, prone to nausea, submissive, fearful, afraid, sad, impudent, cruel, intrusive, silly and rude, obese, fat, torpid, doltish, crippled, having crooked hands or fingers, being hunchbacked or life-worn, lazy, sluggish, and loving all kinds of liquor. On the other hand, the disciples of midwifery had to be trained in reading and writing, be brave, cheerful, of present mind, diligent, tender, merciful, human,

Репозиторий ГрГМУ

patient, have graceful body, and they should be modest in life, honest, honorable, loving, and pious.[1] [1, Introduction]

Even doctors wrote catalogues of virtues and registries of vices for medical professions. In 1791, Rafał Czerwiakowski, in his beautiful *Dissertation about Nobleness and the Need for Surgery*, claimed that doctors should be humane and helpful, compassionate, patient, polite and gentle. Besides, the author enumerated doctors' vices such as insensitivity, pride, vanity, greed and reminded them to think more about "how much indifference of the heart, crudeness, even doing good too an unhappy person, can hurt others".[2] [2, p.7] In 1825 Wincenty Szczucki referred to this catalogue in his *Propedeutics of Medical Sciences* and claimed that doctors should be humane, selfless, kind, benevolent, compassionate, gentle, lenient, understanding, patient, calm, have pure manners and unspoiled soul and, finally, be pious.

Karol Kaczkowski, in his *Lessons of Hygiene* published in 1826, noted that Polish patients and doctors are in the urgent need of nurses (he referred to them in French as infirmaries), because they can, like no one else, skillfully (tactfully) bring relief to suffering humanity. The author claimed that since women are more caring and emotionally more disposed than men to be nurses. Moreover, he mentioned nurse's virtues including their moral character of the soul, modesty, kindness and patience: Furthermore, a nurse should be sensitive to the suffering of the sick, be selfless (since behavior motivated by greed is degrading), and trustworthy.

Several decades later, Henryk Jordan in his book "Nauka położnictwa dla użytku położnych" [*Obstetrics for Midwives*] (1872) also referred to moral virtues in midwifery. According to this author, midwifes should be honest and earnest, gentle and patient, modest and merciful, fair, and always ready to help others. Like Perzyna, Jordan enumerated virtues of the body and the mind necessary in midwifery: common sense, good memory, vivid imagination, present mind and decisiveness. Moreover, he claimed that midwives should be delicate, have sensitive fingertips and, due to the difficulty of this profession, be of good health, as they often sacrifice their own health and peace of mind out of their generosity in caring for others. Moreover, he added that "slim, narrow hands with long fingers could be helpful".[3] [4, p.6] On the other hand, midwives' vices included sloppiness, negligence, greediness, carelessness and garrulity. Therefore, midwives should beware of hubris, false ambition, envy and jealousy, as well as indecency of their speech and deeds, slandering and laziness. This profession, as Jordan continued, is as beautiful as it is difficult, because since midwifes protect health and life of mothers and children they deserve universal respect.

Heliodor Święcicki, who at the beginning of the 20th century formulated an innovative idea of lay community nurses, also mentioned their moral virtues. In his article entitled "*Important Abilities and Task of the Nurse*" (1909), he wrote that perfected ethics are essential *Abili*in taking care for the sick. Main advantages of nurses should be patience and understanding patient's needs. Nurses should not only adhere to gentleness and goodness, but also have cheerful facial expression. They should avoid ferocity of the heart, because "their inappropriate behavior makes patients depressed, which in turn has a negative impact on their overall

Репозиторий ГрГМУ

health".[4] [6, pp.9-15] Finally, nurses should treat patients with tact and fairness as this makes them trustworthy and discreet.

Józef Zawadzki in *Krótki zarys pielęgniarstwa* [*A Brief Overview of Nursing*] (1920) justified the catalogue of nurse's virtues in the following way: "Apart from the principles of the sciences, one should possess many qualities to become a nurse. Most of all, it is about being endowed with an inexhaustible patience that comes from understanding suffering and patients' mentality, from the essential love for a fellow human being, especially the one who is suffering, helpless, at our mercy. The second feature is gentleness and understanding, present despite bad behavior of the patient, as this can help them gain complete trust of the patients. Patients should not hide anything from nurses but see them as guardian angels that want only their good. Apart from patience, cheerfulness, gentleness, and understanding, nurses should also be decisive. This is actually in the patients' own interest, because thorough fulfillment of doctor's instructions determines successful treatment" [7, pp.82-89].

These qualities enable nurses and midwives to approach patients in a proper way, i.e., skillfully. In 1937 Anna Sawczyńska, in the journal *Położna* [*Midwife*] wrote an article entitled *On the Work of a Social Nurse* in which she stated that this approach cannot be adapted at once; this art can be absorbed we only if we work hard with ourselves and with the patient. It begins in the hospital, but finishes in the field! Therefore, the art of midwifery can be put into the following words: "have the heart and look into the heart" [5, p.83].

Today, this philosophical reflection on moral virtues and vices in nursing and midwifery is frequently evoked and developed, particularly in ethics. It is crucial to the belief that in order to respect principles and duties in taking care for the patient, we must possess some moral virtues that require emotional self-development and moral experience. Such virtues should be subjected to education, because only then they can increase our internal ethical motivation to adopt valuable attitudes and undertake charitable actions.

References:

1. Czerwiakowski R. J., Dyssertacya o szlachetności i potrzebie Chirurgii… [Dissertation about Nobleness and the Need for Surgery…], Warszawa 1791.
2. Jordan H., Nauka położnictwa dla użytku położnych [Obstetrics for Midwives], T. 1, Kraków 1872.
3. Kaczkowski K., Lekcje hygieny, czyli nauki zachowania zdrowia, wykładane publicznie od roku 1823 w Liceum Wołyńskim [Lessons on Hygiene], T.1, Warszawa 1826.
4. Perzyna L., Nauka położna krótko zebrana. Cyrulikom położnym… [Compendium for Midwives], Kalisz 1790.
5. Sawczyńska A., O pracy pielęgniarki społecznej [On social nurse], „Położna" [Midwife] 1937, 7-8.
6. Święcicki H., Ważniejsze przymioty i zadania pielęgniarki chorych, [Important Abilities and Task of the Nurse], „Wydawnictwo Związku Towarzystw Dobroczynnych" 1909, R. II.
7. Zawadzki J., Krótki zarys pielęgniarstwa [A Brief Overview of Nursing], Warszawa 1920.

Репозиторий ГрГМУ

В. И. ГЕДРОЙЦ. БЕЛОРУССКИЕ КОРНИ ВСЕРОССИЙСКОЙ И СОВЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Валько Н. А., Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В. И. Гедройц является выдающимся деятелем в истории отечественной хирургии, о чём свидетельствуют проанализированные в ходе исследования литературные источники. Тем не менее, на сегодняшний день её имя незаслуженно забыто медицинским сообществом.

Ключевые слова: медицина, хирургия, Гедройц, женщина-хирург.

V. I. GIEDROITS. BELARUSIAN ROOTS OF ALL-RUSSIAN AND SOVIET SURGERY

Valko N. A., Khilmonchik N. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. V. I. Giedroits is an outstanding figure in the history of Russian surgery, as evidenced by the literature sources analyzed in the course of the study. However, to date, her name has been forgotten by the medical community.

Key words: medicine, surgery, Giedroits, female surgeon.

Актуальность. Важным элементом подготовки научных кадров и формирования исследовательского процесса является понимание того, как развивалась та или иная отрасль знаний. Осознание исторического контекста научной проблемы позволяет проследить ход мысли предыдущих деятелей и правильно организовать дальнейшие исследования в конкретном направлении.

К сожалению, на сегодняшний день приходится констатировать низкий уровень научных и практических кадров в плане осведомлённости историческими аспектами своих профессиональных областей. Так, это касается медицинской отрасли знаний и, в частности, хирургии. Как правило, специалисты осведомлены исключительно об истории своих родных научных и практических школ. Многие имена выдающихся организаторов медицины, внёсших огромный вклад в развитие той или иной её области, неизвестны широкому кругу специалистов.

Например, сегодня практически неизвестны имя и история жизни Веры Игнатьевны Гедройц – врача белорусского происхождения, ставшего одной из первых в мировой практике женщин-профессоров хирургии, а также женщин, работавших в военной хирургии.

Репозиторий ГрГМУ

Цель. На основании имеющихся литературных источников проследить жизненный и профессиональный путь одной из первых в истории советской медицины женщины-профессора хирургии – Веры Игнатьевны Гедройц.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов исследования использовались различного рода печатные и электронные издания, освещающие аспекты жизни В. И. Гедройц, на основании которых в дальнейшем была составлена её картина жизни [1,2].

Результаты. Вера Игнатьевна Гедройц родилась 19 апреля 1870 г. в селе Слободище, Брянского уезда, Орловской губернии, в семье происходившего из знатного рода литовских и белорусских дворян мирового судьи Игнатия Игнатьевича Гедройца и воспитанницы Смольного института Дарьи Константиновны Михау. После участия в польском восстании 1863 г. Гедройцы были лишены всяческих дворянских привилегий, однако в 1877 г. по Сенатскому определению им был возвращён княжеский титул и знатное положение.

Изначально Вера Игнатьевна обучалась в пансионате собственной бабушки – Натальи Тихоновны Михау, где изучала грамоту и французский язык. В возрасте 13 лет поступила в Брянскую женскую прогимназию, из которой вскоре за сочинение эпиграмм и вольнодумство была исключена и устроена по распоряжению отца в помощники заводского фельдшера. Спустя некоторое время она была восстановлена в прогимназии, которую с отличием окончила в 1885 г.

После этого по распоряжению отца она направилась в Петербург, где поступила на курсы Петра Францевича Лесгафта. Там же она впервые начала приобщаться к общественной и литературной жизни России. Окончив медицинские курсы, она вернулась в родную губернию, где при Орловской гимназии получила звание домашней учительницы. Однако ещё во время обучения у П. Ф. Лесгафта Вера Гедройц приняла решения заниматься практической медициной.

5 сентября 1894 г. она вступила в фиктивный брак, после чего по поддельным документам пересекла русскую границу и отправилась в Швейцарию, где планировала получить высшее медицинское образование.

Следующие 5 лет Вера Игнатьевна была одной из трёх женщин, обучавшихся на медицинском факультете Лозаннского университета. Изначально заинтересованная анатомией, Вера Гедройц перешла на хирургическое отделение и 1899 году под руководством всемирно известного профессора Цезаря Ру блестяще защитила диссертацию на звание доктора медицины. В дальнейшем она планировала остаться в Швейцарии, однако известие о смерти сестры и тяжёлом положении матери заставили её вернуться на родину.

Сразу по возвращении на плечи Веры Игнатьевны свалилась тяжёлая работа сначала заводского, а потом и уездного доктора в совокупности с необходимостью подтверждения своего диплома в России. Тем не менее, за

Репозиторий ГрГМУ

несколько лет она смогла получить блестящую практику и зарекомендовать себя среди отечественных коллег.

Разразившаяся в 1904-1905 гг. русско-японская война дала Вере Игнатьевне возможность применить накопленные опыт и знания в полевых условиях. За свои блестящие заслуги она была представлена к наградам на Анненской и Георгиевских лентах, а также серебряной медали Красного креста. Сведения о присвоении столь высоких наград быстро разнеслись далеко за линию фронта. К концу войны имя Веры Игнатьевны обрело всероссийскую известность.

Её авторитет и всенародное признание были столь высоки, что даже возможные политические репрессии за членство в партии кадетов были заменены на увеличение трудовой нагрузки, с которой Вера Игнатьевна блестяще справлялась, вводя параллельно в практику новые для отечественной медицины методы рентгеноскопии, бактериологической диагностики, ведения хирургического вмешательства с применением эфирного наркоза. Всё это привело к тому, что в 1909 году по приглашению императрицы Александры Фёдоровны Вера Гедройц заняла пост старшего ординатора Царскосельского дворцового госпиталя.

Став лицом, приближённым к императорскому дому, Гедройц смогла расширить свой круг общения как в академической, так и в литературной среде. Так, она познакомилась Сергеем Есениным и Николаем Клюевым, Анной Ахматовой и Николаем Гумилёвым, Алексеем Толстым и Владимиром Пястом, а также многими другими деятелями Серебряного века. Почувствовав в такой благодатной среде прилив творческих сил, она возобновила собственную писательскую деятельность, а с помощью верных друзей издала сборник избранной символической и пейзажной лирики [3].

Кроме того, именно в этот период под руководством П. И. Дьяконова она окончила вторую в своей жизни докторскую диссертацию на тему «Отдалённые результаты операций паховых грыж по способу Ру на основании 268 операций», которую защитила в 1912 году в стенах Московского университета. Данная работа получила широкую огласку в научном мире и была переведена на несколько языков.

Следующим витком в жизни Веры Игнатьевны стала Первая Мировая война. Сразу же по инициативе Гедройц в Царском селе был организован лазарет дворцового госпиталя, который она же и возглавила. В нём во время первого периода войны Вера Игнатьевна занималась не только операционной, но и педагогической деятельностью. Так под её началом были организованы курсы подготовки сестёр милосердия, на которых вместе с простолюдинами обучались и монаршие особы.

За тремя годами изнурительной войны последовала Февральская революция, заставшая Гедройц в Петрограде, откуда она была вынуждена бежать, поскольку, будучи связанной с императорской семьёй, не могла быть уверена в своей безопасности. Уже в апреле 1917 г. она попала на Юго-Западный фронт, где уже к маю из младшего врача перевязочного отряда она

Репозиторий ГрГМУ

была произведена в корпусные хирурги, что соответствовало званию подполковника.

В января 1918 г., будучи ранена, Вера Игнатьевна была эвакуирована в Киев, где после выздоровления и осела вместе с подругой, вдовствующей графиней Марией Нирод. Находясь там вне культурного и дворцового бомонда, Вера Игнатьевна полностью посвятила себя хирургии. Так, в том же 1919 г. она организовала киевскую клинику челюстно-лицевой хирургии. В 1921 г. по приглашению профессора Черняховского стала приват-доцентом кафедры факультетской хирурги с чтением курса детской хирургии. Спустя 8 лет упорного труда в организации научной и клинической работы Вера Игнатьевна была назначена заведующей этой же кафедры.

В куда меньшей степени она уже обращалась к литературному творчеству. Тем не менее, из-под её пера вышли 5 автобиографических повестей и целый ряд навеянных воспоминаниями стихотворений.

Вполне возможно, что впереди она могла добиться ещё больших высот, однако на а пике медицинской деятельности у неё был обнаружен рак. Правильно проведённая операция не дала результатов и менее чем через год – в марте 1932 г. – в возрасте 61 года Вера Игнатьевна Гедройц скончалась от рецидива опухоли. Тогда же она была похоронена на Корчеватском кладбище города Киева [4].

К сожалению, в дальнейшем её имя было забыто академическим обществом. Единственными вещами, напоминающими о существовании столь выдающегося деятеля медицины, являются две памятные доски, установленные на стенах больниц в Фокино и Пушкине (Царском селе), где некогда работала Вера Игнатьевна.

Выводы. На основании литературных источников правомочно заключить, что Вера Игнатьевна Гердойц была выдающейся фигурой своего времени, блестящим специалистом в области хирургии, организации практического здравоохранения и исследовательской деятельности. Примечателен тот факт, что корни Веры Игнатьевны уходят на территорию нашей страны, что даёт право говорить о белорусском следе в вопросе организации всероссийской и советской хирургии, наследницей которых является наша отечественная хирургия.

Литература

1. Хохлов, В. Г. Цвет жизни белый / В. Г. Хохлов. – Брянск: Брянское СРП ВОГ, 2011. – 214 с.
2. Мирский, М. Княжна, профессор хирургии. Какой была Вера Игнатьевна Гедройц // Медвестник. – 2007. – № 19 (404).
3. Мец, А. Г. Новое о Сергее Гедройц // Лица: Биографический альманах. – СПб.: Феникс, 1992. – С. 291-316.
4. Хохлов, В. Г. Руки, возвращающие к жизни. Вера Игнатьевна Гедройц – хирург и поэт. / В. Г. Хохлов. – СПб.: Серебряный век, 2013. – 224 с.

Репозиторий ГрГМУ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Езепчик О. А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье рассматриваются особенности организации медицинской помощи подросткам в Республике Беларусь в историческом аспекте. Представлены основные принципы оказания им медицинской помощи на современном этапе, очерчены возможности ее улучшения.

Ключевые слова: подростки, организация медицинской помощи, здоровье подростков

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF BELARUS: HISTORICAL EXPERIENCE AND MODERN APPROACHES

Yazepchyk O. A.

Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Summary. The article discusses the features of the organization of medical care for adolescents in the Republic of Belarus in the historical aspect. The basic principles of providing them with medical care at the present stage are presented, and the possibilities for improving it are outlined.

Key words: adolescents, organization of medical care, adolescent health

Охрана здоровья детей и подростков является одной из важнейших задач отечественной системы здравоохранения на протяжении всех исторических этапов ее развития, однако подходы к организации медицинской помощи подрастающему поколению претерпевали некоторые изменения. В последнее десятилетие проблема сохранения здоровья подростков особенно актуализировалась. Несмотря на принимаемые государством меры, продолжает сохраняться негативная демографическая ситуация – постарение населения, депопуляция и уменьшение доли лиц молодого возраста, что, на фоне ухудшения показателей популяционного здоровья подростков, является неблагоприятным прогностическим признаком [5]. В данной ситуации, с учетом особенностей возраста и специфических медицинских проблем, наиболее остро встает вопрос об усовершенствовании имеющихся организационных подходов к охране их здоровья и поиске новых эффективных методов работы медицинских служб с подростками.

Репозиторий ГрГМУ

Цель работы: на основе изучения исторического опыта выявить особенности организации медицинской помощи подросткам и возможности ее улучшения.

Уже в первые годы советской власти государство взяло на себя ответственность за охрану здоровья детей и подростков, однако понятие «подросток» существовало только в рамках трудового права и исходило из приоритетов государственной политики. Особое внимание уделяли вопросам охраны здоровья учащихся школ, которые должны были находиться под постоянным диспансерным наблюдением, а также введены обязательные предварительные и периодические осмотры работающих подростков, что определило профилактическое направление в организации оказания медицинской помощи подрастающему поколению.

Основным звеном системы охраны здоровья детей и подростков являлись детские амбулатории и пункты по охране здоровья детей и подростков. В 1936 году вместо них были созданы детские поликлиники, а обслуживание подростков осуществлялось в медицинских учреждениях для взрослых [3]. В последующие годы расширялась сеть подростковых кабинетов, функцией которых являлось обслуживание старших школьников, учащихся училищ и работающих подростков [3; 4]. В 1975 году был определен единый территориально-цеховой принцип оказания медицинской помощи подросткам в лечебно-профилактических учреждениях для взрослых, установлен порядок передачи лиц, достигших 15 лет, из детских поликлиник в территориальные [4]. В 1980-х годах в поликлиниках крупных городов СССР были созданы терапевтические подростковые отделения, а на базе районных поликлиник – районные подростковые центры. Медицинское наблюдение лиц 10-14 лет осуществлялось педиатрической службой, старшие подростки (15-19 лет) обслуживались специалистами терапевтической службы, что не позволяло компетентно и в полной мере решать специфические проблемы данного возрастного контингента [4].

Основным направлением работы по охране здоровья подростков было лечебно-диагностическое. Профилактические меры ограничивалось санитарным просвещением и часто носили формальный характер. Медико-социальная работа включала подготовку молодежи к трудовой деятельности и службе в армии, при этом вопросы охраны здоровья девушек-подростков не рассматривались [4]. К 1990-м годам все еще отсутствовала необходимая преемственность между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых в медицинском обеспечении подростков [3]. Предполагалось осуществлять наблюдение подростков до 18 лет в детских поликлиниках, однако, в связи с распадом СССР, окончательная передача подростков в систему педиатрической службы не состоялась.

Система охраны здоровья советского государства оказалась не готова к решению специфических проблем подрастающего поколения, так как она не рассматривала подростков как отдельную целевую группу, нуждающуюся в специализированных службах здравоохранения. Подростковые врачи не

Репозиторий ГрГМУ

касались проблем репродуктивного здоровья, ранней социализации детей, рискованного поведения [2; 4].

С момента образования Республики Беларусь как суверенного государства решение задач по охране здоровья детей и подростков является приоритетным направлением системы здравоохранения и осуществляется в соответствии с международными документами и государственными законами и нормативными актами. Правовое регулирование охраны здоровья детей в РБ основано на принципах, заложенных в ратифицированной в 1990 г. Конвенции о правах ребенка, в соответствии с которой ребенком считается лицо в возрасте до 18 лет. В 1993 г. был принят Закон РБ «О правах ребенка», предусматривающий всестороннюю защиту государством и обществом молодого поколения, в том числе в области охраны и укрепления здоровья. Охрана здоровья детей в республике гарантирована также Законом «О здравоохранении» и Кодексом РБ о браке и семье.

Приказом МЗ РБ № 295 утверждены Инструкция об организации работы педиатрического отделения детской поликлиники и Инструкция об организации работы подросткового кабинета детской поликлиники, согласно которым медицинская помощь подросткам в возрасте до 18 лет (17 лет, 11 месяцев, 29 дней) обеспечивается детскими организациями здравоохранения, в которых создаются подростковые кабинеты, оказывающие медицинскую помощь лицам в возрасте 15-17 лет включительно.

Приказом МЗ РБ № 1389 от 01.12.2017 г. утверждена Инструкция об организации оказания медицинской помощи детям подросткового возраста, которая устанавливает порядок организации медицинской помощи лицам в возрасте от 14 до 18 лет. Оказание медицинской помощи подросткам осуществляется в подростковых кабинетах, организованных на базе детских поликлиник. На лиц, достигших 18 лет, организацией здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь детскому населению, составляются переводные эпикризы и подростки передается под наблюдение организации здравоохранения для взрослого населения.

Ежегодная диспансеризация подростков проводится на основании Приказа МЗ РБ от 12.08.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации». Основным элементом диспансеризации являются медицинские осмотры, объем которых зависит от пола и возраста подростка. По результатам диспансерного осмотра врачом-терапевтом подростковым либо врачом-педиатром участковым даётся оценка состояния здоровья подростка, при необходимости устанавливается группа диспансерного наблюдения (группа риска, I, II, III либо IV группа здоровья) с дальнейшим лечением и реабилитацией.

Гинекологическая помощь девушкам оказывается в женских консультациях либо в детских поликлиниках по месту жительства, по месту временного проживания или по месту учебы (работы). Приказом Министерства здравоохранения РБ от 9 января 2007 года № 7 «Об организации кабинетов гинекологической помощи подросткам» утверждено положение о кабинете

Репозиторий ГрГМУ

гинекологической помощи подросткам, входящим в состав детской поликлиники для обеспечения амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи девочкам-подросткам.

Особое внимание уделяется медицинскому обеспечению юношей подросткового возраста, которые формируют допризывной и призывной контингент. В соответствии с Приказом МЗ РБ от 16.12.2015 г. № 1254 «О некоторых вопросах организации оказания медицинской помощи допризывникам и призывникам» всем юношам от 14 и до 18 лет проводятся ежегодные профилактические осмотры в детских поликлиниках. Медицинские осмотры в год достижения 16-летнего возраста совмещаются с медицинским освидетельствованием при приписке к призывным участкам.

Необходимо отметить, что в Республике Беларусь проводится активная работа по медицинскому обслуживанию учащихся, что обусловлено значительным влиянием образовательной среды на формирование здоровья подростков при сохраняющейся тенденции роста заболеваемости у детей школьного возраста [5]. На охрану здоровья учащихся подростков направлен ряд нормативных документов: Постановление МЗ РБ от 22.12.2011 г. № 128 «Об определении медицинских показаний и противопоказаний для получения образования», Приказ МЗ РБ от 31.05.2012 г. № 669 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи детям в учреждениях образования», Постановление МЗ РБ от 09.06. 2014 г. № 38 «Об утверждении Инструкции о порядке распределения обучающихся в основную, подготовительную, специальную медицинские группы, медицинскую группу лечебной физкультуры», Приказ МЗ РБ от 16.11.2015 г. № 1141 «О совершенствовании медицинского контроля за состоянием здоровья детей», Постановление МЗ РБ от 21.12.2015 г. № 127 «Об утверждении инструкции о порядке проведения медосмотров», Постановление Совета Министров РБ № 525 от 07.08.2019 г. «Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований». Вышеперечисленные законодательные акты регламентируют обеспечение оказания медицинской помощи в учреждениях образования, организацию питания, соблюдение распорядка дня, выполнение лечебных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в учреждениях образования.

Исследователи считают, что входящие в систему оказания первичной медико-санитарной помощи подросткам педиатры, не работающие в специализированных отделениях, не могут в полной мере обеспечить все медико-социальные потребности этого сложного контингента [3; 4]. Существуют трудности в общении с подростками, недостаточный уровень знаний в области социальных вопросов подростковой медицины, репродуктивной сферы, вопросах защиты прав и интересов подростков и др. [1; 3].

Принципиальная важность сохранения здоровья подростков для развития общества и, при этом, необходимость удовлетворения специфических потребностей лиц данного возраста в сфере здоровья, подтолкнули к пониманию необходимости создания принципиально новых методов работы по

Репозиторий ГрГМУ

здоровьесбережению в подростковой среде. Так, при сотрудничестве РБ и ЮНИСЕФ в области медико-социальной помощи подросткам, активно развивающемся с 2003 года, была проведена работа по созданию и внедрению новых подходов к оказанию медицинской помощи подросткам, включающих организацию консультирования здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, формирование потребности в здоровом образе жизни, социальную и правовую защиту, а не только взаимодействие с подростками как с пациентами. Приказом МЗ РБ от 4.07.2011 г. № 343 «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья» утверждено Положение о центре, дружественном подросткам (ЦДП) (Центре здоровья подростков и молодежи), которые интегрированы в состав государственных учреждений здравоохранения, работают в соответствии с утвержденными приказами и должностными инструкциями. ЦДП оказывает те услуги, которые не могут в полном объеме удовлетворить традиционные формы лечебно-профилактических учреждений [1; 5]. Оказание медицинской помощи подросткам в РБ основано на принципе свободного доступа к службам здравоохранения в атмосфере доброжелательности и конфиденциальности [1]. Особо подчёркивается необходимость межведомственного взаимодействия [5]. Однако данная организационная форма работы с подростками в области охраны здоровья не является альтернативой и не призвана заменить существующие службы. Они дополняют друг друга в достижении единой цели – охране и укреплению здоровья подростков и молодежи.

Таким образом, принципиально важно в сфере охраны здоровья современных подростков применять методы и формы, которые отличаются от таковых, оказываемых взрослым и детям. Данная необходимость определяется в большей степени социальной обусловленностью здоровья подростков, появлением специфических проблем их здоровья (репродуктивное, психическое здоровье), нарастанием быстрыми темпами последствий «рискованного поведения». Очевидна важность мотивации на формирование потребности в здоровом образе жизни в данный возрастной период и формирования взаимопонимания между подростками и медицинскими работниками. Исходя из исторического опыта, сохранение здоровья подрастающего поколения представляется комплексной задачей, решение которой зависит от эффективного как внутри-, так и межведомственного взаимодействия сектора здравоохранения, органов государственной власти, образовательных учреждений, службы опеки и попечительства, правоохранительных органов, военных комиссариатов, СМИ.

Литература

1. Богдан, Е. Л. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е. Л. Богдан, И. В. Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 75-77.
2. Клиники, дружественные к молодежи / А. М. Куликов [и др.] // Клиники, дружественные к подросткам: медико-социальные и психологические аспекты: материалы 13-й

Репозиторий ГрГМУ

Европейской конференции Международной ассоциации здоровья подростков. – С-Петербург, 2007. – С. 5-10.
3. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. – Москва: ООО «БЭСТ-принт», 2010. – 210 с.
4. Куликов, А. М. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт / А. М. Куликов, В. П. Медведев. – Санкт-Петербург, 2008. – 80 с.
5. Неверо, Е. Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е. Г. Неверо, Е.Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 70-72

ВЧЕРА И СЕГОДНЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Иванцов О. А., Светляк О. А.

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

Резюме. В статье изложены основные этапы развития Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Отечественной войны.

Ключевые слова: госпиталь, инвалиды, лечение.

YESTERDAY AND TODAY THE GOMEL REGIONAL CLINICAL HOSPITAL FOR DISABLED PATRIOTS OF THE DOMESTIC WAR

Ivantsov O. A., Svetlyak O. A.

Gomel regional clinical hospital for the disabled of the Patriotic war,
Gomel, Belarus

Summary. The article describes the main stages of development of the Gomel regional clinical hospital for the disabled of the Patriotic war.

Key words: hospital, people with disabilities, treatment

Страна победитель нацистской Германии дорого заплатила за победу во Второй мировой войне миллионами жизней советских людей и еще большим количеством раненых. Для восстановления здоровья раненных и больных военнослужащих Красной Армии с 1941 по 1945 на территории Советского Союза было сформировано более 6 тыс. эвакогоспиталей. Одним из них оказался и Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов

Репозиторий ГГМУ

Отечественной войны, образованный 16 августа 1941 года в городе Бийске Алтайского края, и был назван – эвакогоспиталь № 1235, рассчитанный на прием 600 раненных красноармейцев (500 общехирургических и 100 – для раненых с челюстно-лицевыми поражениями).

Успешное наступление советских войск привело к смещению линии фронта на Запад страны и эвакогоспиталь № 1235 в 1944 передислоцировался в город Гомель, где и находится по настоящее время.

В 1946 году эвакогоспиталь № 1235 переименован в Госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны, где проходили лечение пациенты с хирургической, терапевтической, челюстно-лицевой и неврологической патологией.

Несмотря на профессионализм советских врачей, оставалось много инвалидов, подавляющее большинство молодые мужчины трудоспособного возраста, которым необходимы были особые условия труда. Для этих целей в послевоенное время организовывались многопрофильные курсы по обучению новым профессиям. Гомельский госпиталь не остался в стороне и курсы по приобретению новых профессий прошли более 2,5 тысяч инвалидов-фронтовиков.

Самоотверженный труд, высокий профессионализм, чуткое и внимательное отношение к пациентам сотрудниками госпиталя было оценено руководством Советского Союза и в 1949 году, госпиталь награжден переходящим Красным знаменем Министерства здравоохранения СССР, как лучший госпиталь СССР.

Разрушенная страна, тяжелое экономическое положение, потеря близких и родных, все это привело к росту заболеваемости туберкулезом в послевоенное время и госпиталь в 1952 году был перепрофилирован в госпиталь для лечения больных легочным и костно-суставным туберкулезом мощностью на 300 коек. К семидесятым годам прошлого столетия ситуация с туберкулезом улучшилась и в 1970 госпиталь снова стал терапевтическим с открытием кардиологических, терапевтических и неврологических коек.

Экономическая ситуация в стране улучшалась и в 1983 году начато строительство, а уже в 1987 году введен в эксплуатацию новый госпитальный комплекс на 280 коек с отдельными зданиями для бассейна и отделения физиотерапии. Вторая очередь госпитального комплекса строилась с 1992 по 1998 годы, в результате которой госпиталь прирос на 220 коек, с двух и трех местными палатами со всеми удобствами. Общая мощность коечного фонда составила 500 коек.

К сожалению, время жестоко, и число победителей Великой войны неумолимо уменьшается, поэтому в госпитале с начала третьего тысячелетия отмечается поэтапное перепрофилирование терапевтических коек в реабилитационные, к плановой неврологии добавляется экстренная, как и в сороковые годы прошлого столетия в госпиталь возвращается хирургия, появляется компьютерная томография, УЗИ-исследования экспертного класса.

Госпиталь сейчас это что?

Репозиторий ГрГМУ

Это многопрофильный пятисоткоечный стационар, расположенный на территории города Гомеля площадью более 4га, в окружении хвойного леса, где среди многочисленных цветочных клуб, фонтанов, беседок для отдыха, терренкуров расположен госпитальный комплекс общей площадью помещений 35381,1 м^2. Лечебная база госпиталя представлена 3 терапевтическими отделениями, 2 отделениями неврологии, отделением сосудистой хирургии прединсультных состояний и неотложной нейрохирургической помощи, отделением анестезиологии и реанимации. На базе госпиталя расположен Гомельский областной реабилитационный центр в составе четырех отделений реабилитации: отделение ранней медицинской реабилитации постинсультных больных, отделение медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля, отделение медицинской реабилитации пациентов кардиологического и онкологического профиля, отделение медицинской реабилитации после корригирующих операций на опорно-двигательной системе и эндопротезирования суставов. Для проведения реабилитационных мероприятий используется 5 залов ЛФК и 2 плавательных бассейна, электро-, магнито-, тепло-, водо-, светолечение и другие физиотерапевтические методы лечения. Пациенты с речевыми нарушениями занимаются с логопедом, с двигательными и координаторными нарушениями – инструктором-методистом. Все пациенты, проходящие курс медицинской реабилитации в стенах реабилитационного центра, осматриваются и ведутся мультидисциплинарной бригадой в состав которой входит врач-реабилитолог, травматолог, невролог, кардиолог, психотерапевт, невролог, терапевт, онколог, врач-ЛФК, логопед и инструктор-методист, что позволяет значительно ускорить процесс восстановления. При необходимости пациентам Центра оказывается помощь других специалистов, используются различные инструментально-лабораторные методы исследования.

Кроме того, функционируют самостоятельные кабинеты и параклинические отделения: физиотерапии, функциональной диагностики, гипербарической оксигенации, приемный покой, кабинеты: рентгеновский, компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики, термального лечения предстательной железы, эндоскопии, психотерапии, кабинет гинеколога, офтальмолога, озонотерапии, клинико-диагностическая лаборатория и аптека.

На всей территории госпиталя создана безбарьерная среда (специальные палаты с расширенными дверными проемами, санитарные комнаты с адаптированной сантехникой, пандусы и т.п.), что позволяет пациентам с крайне ограниченной мобильностью (инвалиды – колясочники) передвигаться в учреждении и самостоятельно посещать любые лечебные и вспомогательные подразделения.

Ежегодно проходят стационарное лечения свыше 13 тыс. пациентов с различной патологией. За время существования госпиталя поправили свое здоровье свыше 500 тыс. человек.

На территории госпиталя размещены три клинические кафедры Гомельского государственного медицинского университета: пропедевтики

Репозиторий ГомГМУ

внутренних болезней, неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии и кафедра внутренних болезней №3 с курсами лучевой терапии, лучевой диагностики, ФПК и П. Для чтения лекций имеется актовый зал на 240 мест и конференц-зал на 120 мест. Профессорско-преподавательский состав кафедр, а это 4 профессора, 6 доцентов, ассистенты активно участвуют в сложных клинических случаях, являются постоянными членами консилиумов по тяжелым пациентам. Силами кафедр на регулярной основе проводятся обучающие семинары для врачей госпиталя. В содружестве с сотрудниками кафедр Гомельского государственного медицинского университета выполняются научно-практические работы, результаты которых публикуются в медицинских изданиях, докладываются на научных съездах, конференциях. Многие врачи госпиталя осуществляют педагогическую деятельность, обучая и делясь своими знаниями и опытом, не только со студентами Гомельского государственного медицинского университета, но и с слушателями курсов последипломного образования.

Госпиталь активно сотрудничает с различными зарубежными медицинскими центрами. Так, делегация сотрудников госпиталя неоднократно посещала город Абердин в Шотландии, с целью изучения и последующего внедрения современных методик в лечении и реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией. В 2019 и 2020 годах шесть будущих физиотерапевтов из испанского университета имени Мигеля Эрнандеса проходили практическое обучение по реабилитации и физиотерапии на базе госпиталя. На Востоке помимо традиционных связей с госпиталями России и Казахстана тесное сотрудничество с Китаем. 17 февраля 2017 года подписан Меморандум по обмену и сотрудничеству между администрацией традиционной китайской медицины провинции Сычуань и управлением здравоохранения Гомельского областного исполнительного комитета. Честь представлять Гомельский регион выпала госпиталю и уже 12 декабря 2017 года на базе отделения рефлексотерапии был открыт Центр традиционной китайской медицины.

Помимо лечебно-диагностической работы, сотрудники госпиталя регулярно выступают на телевидении, радио, публикуются в средствах массовой информации, в сети интернет по актуальным вопросам медицины.

Врачи госпиталя регулярно участвуют в международных и региональных обществах неврологов, реабилитологов, хирургов, терапевтов, гериатров. Стало хорошей традицией не только посещать и выступать на профессиональных тематических конференциях как внутри сраны, так и за ее пределами, но и самим становиться организаторами конференций, учебы по неврологии, реабилитологии, сосудистой хирургии, гериатрии на базе госпиталя.

Разносторонние интересы сотрудников широко представлены в музее славы госпиталя, где размещено много кубков, грамот, медалей разного достоинства по различным видам спорта, художественной самодеятельности.

Репозиторий ГомГМУ

Большой вклад в организацию и дальнейшее развитие госпиталя внесли главные врачи:

Сергей Григорьевич Логвиненко (1941-1943).

Илья Григорьевич Левин (1943-1953).

Адам Федорович Цурко (1953-1959).

Ибрагим Леонидович Друян (1959-1979).

Александр Николаевич Шидловец (1980-1990).

Леонид Ибрагимович Друян (1990-2008).

В октябре 2008 года на должность главного врача назначен Иванцов Олег Анатольевич, который является главным внештатным гериатром Главного управления здравоохранения Гомельского облисполкома.

Госпиталь то учреждение, которое оказывает медицинскую помощь инвалидам, участникам Отечественной войны, труженикам тыла, узникам фашистских концлагерей, блокадникам Ленинграда, членам семей погибших не только г. Гомеля, но и всей Гомельской области. Четыре раза в неделю в дежурные дни оказывается экстренная неврологическая помощь жителям г. Гомеля и Гомельского района, поступившим с острым нарушением мозгового кровообращения и острым нарушением спинального кровообращения в отделение сосудистой неврологии. Разработан и внедрен четкий и эффективный четырех этапный алгоритм оказания медицинской помощи больным с экстренной неврологической патологией начиная с приемного покоя, где он осматривается мультидисциплинарной бригадой, и заканчивая лечением в отделении реабилитации. В госпитале осуществляют медицинскую реабилитацию пациентов с неврологической и онкологической патологией, после перенесенного инфаркта миокарда и операций на опорно-двигательном аппарате.

В отделении сосудистой хирургии проводят консультации, обследование и лечение пациентов с заболеваниями сосудов у пациентов с неврологической патологией. Активная хирургическая тактика при инсультах значительно снижает смертность при ишемическом инсульте, ускоряет восстановление, а при кровоизлияниях в мозг – является ведущим методом лечения, который спасает жизнь и восстанавливает утраченное здоровье.

Существует два хирургических метода профилактики и лечения инсульта: открытое хирургическое вмешательство на экстракраниальных артериях и эндоваскулярная операция. В госпитале освоены и успешно внедрены многие современные методы открытого хирургического вмешательства на экстракраниальных сосудах. А с ведением в строй в 2020-2021 годах «биплановой ангиографии» хирурги госпиталя смогут успешно заниматься и эндоваскулярной хирургией, что позволит выполнять коррекцию кровотока как экстракраниальной локализации, так и интракраниальной.

Сегодня биплановая ангиография является единственным методом диагностики степени распространенности и локализации большинства заболеваний сосудов: сужения и закупорки просвета сосудов, выявления асимметрии сосудистых ветвей, аневризм и сосудистых мальформаций,

Репозиторий ГрГМУ

аномалий в структуре сосудов и нарушения в строении сердечно-сосудистой системы. Очень важно, что неотложная ангиография, выполняемая с целью диагностики, может быть в кратчайшие сроки переведена в лечебную процедуру.

Помимо лечебно-диагностической помощи, госпиталь ИОВ оказывает организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения Гомельской области по гериатрии и медицинской реабилитации.

Высокая оценка труда коллектива дана в многочисленных отзывах в средствах массовой информации. На международном конкурсе среди госпиталей ветеранов войн стран СНГ по профилактике заболеваний, укреплению здоровья, реабилитации ветеранов войн и участников локальных конфликтов, который проводился в 2006 году среди 115 госпиталей России, Украины, Казахстана и других стран СНГ госпиталь занял почетное 2-ое место. В 2015 году, комитетом по делам воинов-интернационалистов при совете глав правительств государств участников содружества, коллектив госпиталя награжден грамотой в год 70-летия Великой Победы за высокое качество оказания медицинской помощи ветеранам Великой Отечественной войны, жителям блокадного Ленинграда, бывшим малолетним узникам фашистских концлагерей и участникам боевых действий, членам семей погибших военнослужащих.

Администрация госпиталя постоянно поддерживает тесные связи с областными и городскими Советами ветеранов.

В настоящее время в госпитале работает сложившийся стабильный коллектив, которому под силу решать любые, даже самые сложные задачи.

Литература

1. Иванцов, О. А. История и развитие учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» / О. А. Иванцов, Е. В. Жак // Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний лиц пожилого и старческого возраста: материалы област. науч.-практич. конф. с международным участием, посвящ. 70-летию Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ ред. совет В. Э. Сушинский [и др.]. – Гомель: ГОКГ ИОВ, 2011. – С. 3-7.
2. Иванцов, О. А. Пути реформирования гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Отечественной войны в клиническое учреждение / О. А. Иванцов [и др.]. // Новые подходы к повышению качества и продолжительности жизни ветеранов ВОВ и лиц пожилого возраста / Ред. кол. О. А. Иванцов и др. Гомель: ГИОВ, 2014. – С. 35-37.
3. Федоров, В. В. Организация медицинской реабилитации пациентов перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в Гомельской области / В. В. Федоров // Новые аспекты в лечении и реабилитации ветеранов и лиц пожилого возраста / Ред. кол. О. А. Иванцов и др. – Гомель: ГИОВ, 2016. – С. 122-124.

Репозиторий ГрГМУ

ИВАН ВАЛЕРЬЯНОВИЧ НИЧИПОРУК – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ И ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНЩИНЫ

Ильина И. И., Ильина С. Н., Колоцей В. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Иван Валерьянович Ничипорук в 1937 году начинает работать в Гродно врачом-хирургом. В 1944 году организовал 2 городскую больницу и стал ее главным врачом. Организовал Гродненскую хирургическую и травматологическую школы.

Ключевые слова: Иван Ничипорук, выдающийся врач, 2-я городская больница г. Гродно, хирург.

IVAN VALERYANOVICH NICHIPORUK – AN OUTSTANDING DOCTOR AND ORGANIZER OF HEALTH OF THE GRODNO REGION

Ilyina I. I., Ilyina S. N., Kolotsei V. N.

Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Summary. Ivan Valeryanovich Nichiporuk in 1937 begins to work in Grodno as a surgeon. In 1944 he organized 2nd city hospital and became its chief physician. He organized the Grodno Surgical and Trauma School.

Key words: Ivan Nichiporuk, an outstanding doctor, city clinical hospital No.2 of Grodno, surgeon.

Иван Валерьянович Ничипорук родился 9 февраля 1910 года в крестьянской семье в деревне Лабно-Огородники Гродненского района. В 1920-х гг. учился в Гродненской мужской гимназии им. Адама Мицкевича. После окончания гимназии в 1931 г. он поступает на медицинский факультет Виленского университета им. Стефана Батория и в 1937 году заканчивает его.

Летом 1937 года Иван Валерьянович возвращается в Гродно и начинает работать врачом-хирургом городской больницы. На тот момент в больнице работают всего два хирурга, да и во всем городе их всего несколько. Большие задатки молодого хирурга в сочетании с большим количеством разнообразных пациентов привели к его быстрому становлению как специалиста, росту профессионального мастерства. Сложность клинических случаев требуют постоянного самосовершенствования, пополнения теоретических знаний, изучения медицинской литературы. Он никогда не останавливался на достигнутом, шел вперед, постоянно повышал свои знания, отлично владел немецким и польским языками. Читал в оригинале труды знаменитых

Репозиторий ГрГМУ

европейских ученых. Поэтому мастерство и квалификация Ивана Ничипорука возрастает из месяца в месяц.

Это был сложный период в жизни Гродненщины. После Рижского мира Западная Белоруссия была включена в состав Польского государства. После 17 сентября 1939 года происходит воссоединение белорусских земель и в Гродно устанавливается Советская власть. В буквальном смысле слова, происходит смена эпох. 22 июня начинается Великая Отечественная война и Гродно живет в условиях немецко-фашистской оккупации. Вот в таких непростых социально-политических условиях надо было не только как-то выживать, но и работать.

Работы становилось все больше и больше. В 1939 году ряд врачей польской национальности уехали в Польшу. В условиях немецкой оккупации врачей стало еще меньше, так как часть врачей была расстреляна фашистами. С началом войны Иван Ничипорук продолжает работу в больнице (бывшая железнодорожная больница), оказывает помощь населению города и прилежащих районов. Спасая чужие жизни, доктор не раз рисковал своей собственной. Он был связным партизанской бригады имени Александра Невского, тайно переправлял лекарства бойцам в лес. Для этого использовали такой способ: подвода заезжала во двор больницы, а медикаменты и перевязочный материал прятали в мешке с сеном, который привязывался к лошадиной морде.

Уже спустя месяц после освобождения города от немецко-фашистских захватчиков, в августе 1944 года, в здании бывшего францисканского монастыря на левом берегу Немана открылась 2-я горбольница. Плеяду главных врачей возглавил Иван Ничипорук. Больница была развернута на 100 коек. Сотрудники и горожане несли сюда все, что могли: подушки, простыни, одеяла. Не хватало продуктов для питания пациентов, и приказ главного врача от 21 октября 1944 года гласил: «При поступлении в больницу требовать от больных продовольственные и хлебные карточки». С момента открытия клиники до конца 1944 года было госпитализировано 805 человек, в основном с тяжелыми огнестрельными ранениями. Из пациентов хирургического профиля 500 человек прооперировал сам Иван Валерьянович. За это время умерло 34 человека (4,2%). Эти цифры говорят о высоком профессионализме людей в белых халатах.

В послевоенные годы слава об Иване Ничипоруке распространилась далеко за пределы Гродно. К нему шли с самыми тяжелыми диагнозами, как в «последнюю инстанцию», зная о его славе выдающегося врача-хирурга. Старожилы Гродно помнят обилие крестьянских возов, которые заезжали во двор больницы. В каждом возу терпеливо сидел перевязанный бинтами человек. Многие ночевали здесь же, чтобы не пропустить своей очереди к доктору Ничипоруку.

Он лечил и взрослых, и детей. К нему приезжали со всего Советского Союза. Можно сказать, что именно нашему земляку обязан своей карьерой его тезка, известный баскетболист олимпийский чемпион Иван Едешко. В семь лет

Репозиторий ГрГМУ

будущий олимпиец, чемпион мира и Европы неудачно упал с забора. Перелом был настолько сложным, что левую руку мальчика даже хотели ампутировать. Тогда мама Анна Викентьевна пошла к главному хирургу занеманской больницы. И после нескольких операций рука Ивана Едешко срослась.

История гродненки Тамары Аркадьевны Ковалевской – одна из тысяч. С детства у девочки были серьезные проблемы со здоровьем. Она ходила практически на одной ноге: у Тамары был варус коленного сустава. Сандалий хватало на недели две, от хромоты – девочка почти до земли рукой доставала – протирались дырки. Куда мы только ни обращались за помощью, везде говорили одно: ничего сделать нельзя, – рассказывает Тамара Аркадьевна. – Случайно папа вспомнил о знакомом гродненском враче, который когда-то вылечил мою бабушку и маму. Иван Валерьянович Ничипорук согласился посмотреть и меня. В октябре 1969 года Иван Ничипорук успешно провел операцию по выравниванию варуса, однако при этом нога стала короче второй на 11 сантиметров. Но через несколько месяцев Иван Валерьянович предложил Тамаре пойти на эксперимент: сделать операцию по удлинению ноги. Подобных операций в стране еще не делали. Девушка согласилась. Очередной успех. В ноябре 1970 года Тамаре удлинили ногу. Все было очень хорошо после операции. Мечта Тамары исполнилась: она была такой, как все. Спустя 10 лет начался артроз, пришлось выполнить операцию по закрытию сустава.

И этот случай далеко не единственный. Вклад Ивана Ничипорука в развитие медицинской науки, хирургии, в частности, детской хирургии, переоценить невозможно. Он первым на Гродненщине освоил лечение врожденных пороков развития. Сотни детей прошли через его руки, чтобы избавиться от недуга, приобретенного при рождении.

Про этого великого человека в свое время много писали, снимали фильмы. Этот воистину новаторский труд Ивана Валерьяновича был замечен и оценен должным образом, прежде всего, самими людьми – его пациентами. Признания заслуг при жизни, к сожалению, удостаиваются немногие выдающиеся личности.

Народный писатель Беларуси Василь Быков посвятил своему земляку Ивану Валерьяновичу Ничипоруку статью «Благородный талант». Им довелось жить в одно время в одном городе в одну эпоху. В частности, он отмечает: «Почти вся его жизнь связана с Гродно, так же, как вся его врачебная практика – со 2-й клинической больницей, работу которой он собственноручно налаживал сразу же после освобождения города. Многим памятны ее старые, бывшие монастырские коридоры и кельи-палаты, где велась, руководимая главврачом И. В. Ничипоруком, борьба с недугами. Это ему в труднейших условиях первых послевоенных лет пришлось организовывать лечебно-профилактическую работу, оперировать и лечить больных, а по вечерам повышать свои знания. Но именно в это время началась его известность среди населения, пришло широкое признание его мастерства в медицинских кругах. Любой начинающий хирург считал для себя честью поработать под началом

Репозиторий ГрГМУ

Ивана Валерьяновича, который так много и надолго давал в жизни. Это ему во многом обязаны своей несколько более поздней, хотя и не менее широко разошедшейся славой многие ныне признанные медицинские авторитеты Гродненщины».

За свой самоотверженный труд Иван Ничипорук был награжден орденом Великой Отечественной войны, медалями «За боевые заслуги», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За долголетний, добросовестный труд». Ему были присвоены звания лучшего врача города, заслуженного врача БССР, награжден знаком «Отличник здравоохранения» и Почетными грамотами Министерства здравоохранения Беларуси. В память об этом выдающемся хирурге во 2-й городской клинической больнице установлена мемориальная доска.

Литература

1. Гостев, А. П. Известные уроженцы Гродненской области / А. П. Гостев. – Гродно: «ЮрСаПринт», 2016. – С. 69-77.
2. Дужик, И. Исполнилось сто лет со дня рождения выдающегося гродненского хирурга / И. Дужик // Гродненская правда. – 2010. – 2 марта. – Режим доступа: https://grodnonews.by/news/zhizn/2795-ispolnilos-sto-let-so-dnya-rozhdeniya-vydayuschegosya-grodnenskogo-hirurga.html/. – Дата доступа: 09.06.2020.
3. Кулевич, Р. «Ничипорука знал весь город». История доктора, который лечил людей в Гродно при любой власти / Р. Кулевич // Hrodna.life [Электронный ресурс]. – 2020. – 10 февраля. – Режим доступа: https://ru.hrodna.life/articles/doktor-nichiporuk/. – Дата доступа: 09.06.2020.

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РБ В НАЧАЛЕ XXI СТОЛЕТИЯ

Лапицкий К. А., Вечорко В. В., Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Медицинская демография – это наука, исследующая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными аспектами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального, организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и повышения благополучия всего общества.

Ключевые слова: демография, рождаемость, смертность, естественный прирост, население.

Репозиторий ГрГМУ

ANALYSIS OF MEDICAL AND DEMOGRAPHIC PROCESSES IN BELARUS AT THE BEGINNING OF THE XXI CENTURY

Lapitsky K. A., Vechorko V. V., Khilmonchik N. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Medical demography is a science that explores the relationship of population reproduction with medical and social aspects and develops on this basis measures of a medical, social, organizational nature, aimed at ensuring the most favorable development of demographic processes and improving the well-being of the whole society.

Key words: demography, birth rate, mortality, natural increase, population.

Критериями здоровья общества являются медико-демографические индексы: рождаемость, смертность, естественный прирост народонаселения и ожидаемая средняя продолжительность жизни. Их объём и динамичность во многом отображают степень санитарно-эпидемиологического благосостояние общества.

Согласно с законодательством Республики Беларусь законом от 4 января 2002 г. № 80-З «О демографической безопасности РБ» сформулирована и осуществляется Общенациональная программа демографической безопасности РБ, целью которой является стабилизация численности населения посредством увеличения уровня показателя рождаемости и повышения качества и продолжительности жизни в интересах стабильного функционирования государства. Основным заказчиком, разработчиком и исполнителем данной программы в сфере здоровья населения выступает Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Главным документом с 2016 г. считается официальная национальная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь». Это одна из первых программ, которая рассматривает составляющую здоровья нации весьма обширно и систематично, включает индикаторы и различные методики подсчета.

Существующая ситуация в социальной структуре государства определена исторически устоявшимися и общепринятыми тенденциями рождаемости, развития супружеских и семейных отношений и существующей системой здравоохранения. Республика Беларусь является первым на постсоветском пространстве государством, определившим курс на решение задач, сопряженных с постепенным сокращением численности населения и демографическим кризисом.

Беларусь занимает 17-е место в Европе и 94-е в мире по численности населения. Максимальный уровень численности населения Беларуси наблюдается в 1995 году и составляется 10 210,4, далее численность населения снижается и к началу 2019 году составляет 9 475,2 тыс. человек.

Репозиторий ГрГМУ

Сегодня можно проследить тенденцию повышения среднего возраста городского и сельского населения. В 1999 году возрастной показатель городского населения составлял 34,8, а в 2019 – 39,3; относительно сельского населения за 20 лет показатель вырос с 42 единиц до 44,7.

В ближайшем будущем в трудовой возраст станет переходить поколение, которое родилось в период низкого уровня рождаемости. Демографическая нагрузка на население начинает постепенно увеличиваться. В настоящее время количество людей пенсионного возраста, инвалидов в стране близится к одной четверти всего населения – на одного пенсионера приходится 1,6 человека в трудоспособном возрасте, спустя 10-15 лет это отношение может сильно измениться.

Наравне с трансформацией возрастной устройства населения изменяется половой состав общества. Если в связи с существенным уменьшением уровня младенческой смертности и смертности в детском и подростком возрасте в целом (до 19 лет) возрастает доля мальчиков, то в результате увеличения уровня смертности мужчин старших возрастов (в трудоспособном возрасте) отношение стремительно сдвигается в обратную сторону. К началу 2002 г. на 1000 мужчин приходилось 1132 женщины. В возрасте до 18 лет мальчики составляют 51%, девочки – 49%. Положение мужчин и женщин старше 60 лет – 1 к 2, а после 80 лет – 1 к 3,5.

Основополагающим признаком демографического кризиса считается недостаточный уровень рождаемости. После окончания войны и в 1950-е годы уровень рождаемости в стране составлял 197 164 человек. В 60-е годы демографический расцвет заменяется упадком. Недолгий рост заметен еще в 1983-1986 гг., что было связано с введением льгот. Впрочем, уже к 1990 г. рождаемость снова стала понижаться. Самый низкий уровень показателя рождаемости наблюдался в 2003 году и составлял 88 512 человек, затем до 2015 года показатель постепенно возрастает. Но в 2018 году вновь падает до 94 042 человек.

Нынешний показатель рождаемости в стране не удовлетворяет даже воспроизведения населения: суммарная величина рождаемости насчитывает менее 1, 3 ребенка на одну женщину. Сегодня количество женщин фертильного возраста (15-49 лет) на 200 тыс. больше, чем было в 1989 г., но их количество в активном репродуктивном возрасте (15-29 лет) меньше на 0,8%, а в возрасте 25-29 лет – на 18,4%.

Происходит изменение модели рождаемости: уменьшается суммарный коэффициент рождаемости. Женщины старше 24 лет постепенно входят в основную репродуктивную группу, рождаемость среди женщин младше 20 лет и количество повторных родов, как правило, снижаются. Рождение второго и третьего ребенка во многих семьях сегодня совсем не планируется, хотя они являются более жизнеспособными, чем первенцы. В 1997 году рост рождаемости наблюдался в группе женщин в возрасте от 25 до 39 лет. Вероятно, это связано с тем, что стали рождаться дети, рождение которых было перенесено с предыдущих лет.

Репозиторий ГрГМУ

Учитывая текущую гендерную и возрастную структуру населения, новый демографический кризис ожидается через 10-15 лет. На этом этапе поколение, рожденное в конце 80-х, вступит в активный репродуктивный возраст. В настоящее время число детей в возрасте от 0 до 4 лет и от 5 до 9 лет на 30-40% ниже, чем в 1989 году. Демографический спад трудно предсказать сегодня, так как уровень рождаемости остается очень низким и не имеет тенденцию к увеличению.

Увеличение смертности становится серьезной демографической проблемой. В 1960 г. общая смертность составляла 6,6 на 1000 жителей, в 1970 г. – 7,6, в 1990 г. – 10,7, а в 2001 г. она достигла 14,1. Только за последние 10 лет смертность мужчин увеличилась с 11,2 до 15,7, а женщин – с 10,3 до 12,6 на 1000 жителей.

В 2001 году уровень смертности среди мужчин был в 1,25 раза выше, чем среди женщин, а по стандартизированным показателям – в 2 раза. Смертность мужчин гораздо выше в категории несчастных случаев, травм и отравлений (в 4,3 раза), заболеваний дыхательных путей (в 2,7 раза), новообразований (в 1,6 раза).

Существенные различия наблюдаются среди сельского и городского населения. В 2001 году смертность в сельской местности была в 2,2 раза больше, чем в городе (2286,9 и 1037,8 на 100 000 жителей). В некоторой степени это связано со спецификой возрастной структуры населения. По стандартизированным показателям коэффициент смертности сельского и городского населения составил 1,24 раза (1515,8 и 1219,8 на 100 000 жителей соответственно).

В основном, причинами смерти в 2001 году считаются заболевания системы кровообращения (54,7% из всех случаев смерти); новообразования (14%); несчастные случаи, травмы и отравления (11,9%); неточные симптомы и состояния (8,7%). Из всех смертей 1% произошел в детстве, 23,1% трудоспособном возрасте (80,9% мужчин и 19,1% женщин) и 22,3% старше 80 лет.

Однако ранее основными факторами роста смертности были старение населения и младенческая смертность, но в теперешнее время наблюдается рост смертности во всех возрастных категориях старше 18 лет и, в частности, среди мужчин трудоспособного возраста.

В трудоспособном возрасте самый большой ущерб наносят несчастные случаи и травмы. Эта категория представляет 37% всех смертей в трудоспособном возрасте. Убытки от преждевременной смерти в течение рабочего года составляют 450 000 лет жизни (77,3 на 1000 человек), более 80% этих потерь связаны с мужской смертностью. Увеличение уровня первичной заболеваемости в 2010 году в сравнении с 2005 годом было отмечено по следующим причинам: новообразования (12,6%), заболевания системы кровообращения (12,2%), заболевания органов дыхания (9,4%). Первичная заболеваемость снизилась в следующих классах: некоторые инфекционные и паразитарные заболевания (на 10,4%), заболевания органов пищеварения (на 8,3%), заболевания кожи и подкожной клетчатки (с 0,2%). Общая

Репозиторий ГрГМУ

заболеваемость в 2010 г. по сравнению с 2009 г. увеличилась в таких категориях, как новообразования, травмы и отравления, заболевания крови, кроветворных органов, заболевания мочеполовой системы, заболевания эндокринной системы, расстройств пищевого поведения и метаболические расстройства, поведенческие расстройства и психические расстройства, заболевания глаз и приложения к нему, заболеваний кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Важные демографические показатели также включают младенческую смертность. Младенческая смертность в Беларуси одна из самых низких в мире. Сейчас страна занимает третье место по этому показателю. Коэффициент младенческой смертности в Беларуси составляет 3,2 промилле (три случая смерти на 1000 живорождений). Например, в США этот показатель составляет около 6-7. С 1991 по 2018 год он сократился почти в 5 раз. В Беларуси сейчас около 1 миллиона 800 тысяч детей – это почти каждый пятый житель страны. В рамках подпрограммы «Семья и детство» принимаются меры по поддержке семьи, укреплению авторитета материнства и отцовства и созданию условий для повышения благосостояния семей. Также одной из задач подпрограммы является стабилизация детской смертности. В 2018 году коэффициент младенческой смертности составил 2,4.

За этот период уровень смертности среди детей в возрасте до 5 лет снизился в 4,7 раза. Младенческая смертность достигла рекордных уровней 28 на 100 000 детей от рождения до 17 лет. С 2012 года уровень смертности детей от внешних причин значительно снизился и в 2018 году составил 7,3 на 100 000 детей.

С 2005 года наблюдается рост первичной инвалидности у детей. В 2018 году он составил 21,7 на 10 000 детей. Несмотря на это, тяжесть первичной инвалидности у детей снижается примерно на 3% в год.

Заболеваемость детей за последние 15 лет существенно не изменилась. Первичные и общие показатели заболеваемости остались на уровне 1,8 и 2,0 на 1000 детей, но их структура изменилась. За последние 5 лет доля заболеваний глаз увеличилась на 21%, травм – на 3,7%, инфекций – на 12%, болезней уха – на 10%, КМС – на 14% и врожденных дефектов на 14,5%. Отмечено снижение доли заболеваний органов пищеварения и психических расстройств на 20%.

В XX веке в Беларуси, как и в других странах, произошел переход от высоких и средних показателей рождаемости к низким. С 80-х годов рождаемость в стране не обеспечивала даже простого воспроизводства населения. В 90-е годы негативные тенденции стали более выраженными. С 1993 года уровень смертности превысил уровень рождаемости, а естественный прирост населения сменился снижением. За последние 5 лет 40-50 тысяч человек ежегодно умирают больше, чем рождаются.

Произошедшие изменения привели к снижению абсолютной численности населения, а возрастная структура, согласно классификации ООН, в настоящее время имеет регрессивный тип. Этот процесс будет продолжаться, даже если ситуация улучшится, потому что, в отличие от политических и экономических

Репозиторий ГрГМУ

кризисов, демографические кризисы влияют на общество в течение более длительных периодов.

Демографическая ситуация в Беларуси в конце 20-го и начале 21-го веков стала настолько острой, что правительство и президент считают ее вопросом государственной важности.

Приоритетными задачами по предотвращению и нейтрализации демографических угроз являются улучшение социально-экономических условий жизни населения, формирование высоких духовно-нравственных ценностей, в том числе в сфере семейных отношений, обеспечение репродуктивных прав граждан и содействие формированию высоких репродуктивные установки среди населения.

С 2010 года обеспечено положительное сальдо внешней миграции: 10,3 тысячи человек. В то же время, темпы роста миграции все еще недостаточны, чтобы компенсировать естественную убыль населения.

Таким образом, несмотря на то, что большинство целей Национальной программы были достигнуты, демографическая ситуация в стране остается сложной. Уровень достигнутых показателей недостаточен для стабилизации населения страны. Меры, направленные на снижение уровня смертности населения, особенно трудоспособного возраста, являются на современном этапе наиболее реальным способом сокращения депопуляции в республике. Решение этих проблем должно быть достигнуто путем улучшения профилактической помощи и диагностики путем лечения населения; раннее выявление и лечение заболеваний системы кровообращения, новообразований, профилактика травм. Значительное внимание следует уделять пропаганде здорового образа жизни, предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, а также предупреждению курения, наркомании и токсикомании. Поэтому при разработке новых программных документов в области демографического развития страны эти направления были учтены, и были приняты меры для предотвращения развития негативных явлений или смягчения последствий, которые невозможно предотвратить. Основные усилия будут направлены на реализацию мер по продлению времени здоровой (активной) жизни, особенно для мужского населения страны; снижение преждевременной, особенно предотвратимой, смертности.

Демографическая безопасность является приоритетным направлением социальной политики белорусского государства. Между снижением общей смертности и улучшением ряда показателей здоровья населения сохраняется высокий уровень смертности среди людей трудоспособного возраста, особенно среди мужчин. Существует значительный разрыв в показателях здоровья в городских и сельских районах между мужчинами и женщинами. Уровень рождаемости недостаточен для количественного воспроизводства населения страны. Число пожилых людей и их участие в общей численности населения увеличивается. Сохраняется нестабильность брачно-семейных отношений, снижается ценность семейного образа жизни и связь поколений.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Вялков А. И., Щепин В. О., Тишук Е. А. Анализ и оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений федерального подчинения. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 341 с.
2. Ломать, Л. Н. Медико-демографические процессы как основа устойчивого развития общества: Беларусь на рубеже веков / Л. Н. Ломать // Медицинские новости – 2003. – №4. – С. 27-38.
3. Лукашев А. М., Акопян А. С., Шиленко Ю. В. Реформирование здравоохранения и медико-демографический прогноз. – М.: Оверлей, 2001. – 96 с.
4. Медико-демографические проблемы в Республике Беларусь. Междисциплинарный подход к поиску решений : [беседа за "круглым столом"] / подгот. М. Елистратова // Здравоохранение. – 2019. – № 6. – С. 58-68.
5. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2019. – Минск – 2019. – 471 с.

ИВАН ВАЛЕРЬЯНОВИЧ НИЧИПОРУК – ХИРУРГ, ОРТОПЕД, ЧЕЛОВЕК – 110-ЛЕТИЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Малкин М. Г.[1], Горбачёв А. Е.[2], Сурмач Е. М.[1]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
ГКБСМП г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. посвящение видному деятелю здравоохранения города Гродно и Гродненской области Ивану Валерьяновичу Ничипоруку, который внес огромный вклад в становление и развитие специализированной помощи населению города и области.

Ключевые слова: Ничипорук И. В., травматология и ортопедия, новаторство, обучение.

IVAN VALERYANOVICH NICHIPORUK – THE ORTHOPEDIC SURGEON AND THE FAMOUS MAN IN THE HISTORY OF GRODNO REGION – 110TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH

Malkin M. R.[1], Gorbachyov A. E.[2], Surmach K. M.[1]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
GKBSMP Grodno, Belarus[2]

Summary. this is dedication for the famous public health person of the Grodno and the Grodno region Ivan Valeryanovich Nichiporuk, who has made a huge transformation in the public health of the city and Grodno region.

Key words: Ivan Valeryanovich Nichiporuk, surgery, traumatology and orthopedics, innovation, education.

Репозиторий ГрГМУ

Иван Валерьянович Ничипорук – имя этого человека широко известно на Гродненщине, до сих пор люди старшего поколения помнят его, ведь у них в семье, или у родственников, знакомых есть те, кто прожил долгую жизнь благодаря великолепным знаниям, умелым рукам замечательного врача. В предвоенное время и в годы войны он был одним из немногих хирургов Гродненской области, оказывавших специализированную помощь нуждающемуся в ней населению [1].

Будущий хирург родился 11 февраля 1910 года в д. Лабно Гродненского района в простой крестьянской семье. С интересом и настойчивостью учился он в известной Гродненской гимназии имени Адама Мицкевича, где в годы обучения и принял решение стать врачом. После завершения обучения в гимназии поступил на медицинский факультет Виленского университета, отличавшегося высоким уровнем подготовки специалистов и выдающимся составом преподавателей. В 1937 г. Иван Валерьянович получил диплом, стал врачом. Так начался трудный, полный неожиданностей, побед и поражений, путь врача, путь длиною в жизнь. Работал молодой специалист одним из двух хирургов в городской больнице Гродно. С каждым годом росло его профессиональное мастерство. В годы войны он продолжал работать в больнице, оказывая помощь всем, кто в ней нуждался, в том числе и борцам сопротивления, партизанам бригады им. Александра Невского. Эта деятельность врача в послевоенные годы была отмечена медалью «За доблестный труд в годы войны». Особенности травмы военного времени требовали уникальных специальных знаний и высочайшего личного мастерства, большой самоотдачи хирурга, систематической работы над собой, поиск и освоение новых методик диагностики и лечения различных заболеваний. С каждым днем рос врачебный уровень и диапазон умений специалиста.

14 августа 1944 года на территории и в помещениях мужского католического монастыря в Гродно была организована городская больница на 100 коек (сегодня эти здания входят в состав Городской клинической больницы № 2 г. Гродно), главврачом этого лечебного учреждения стал И. В. Ничипорук. Это было необычайно сложное время, приходилось сочетать большую организаторскую деятельность и работу врача-хирурга. По операционному журналу 1945 года видно, что большинство сложных операций сделано лично Иваном Валерьяновичем, из 804 пациентов, пролеченных в 1944 г. в больнице, 500 были прооперированы в хирургическом отделении. С 1951 г. И. В. Ничипорук заведует хирургическим отделением.

В докладе Гродненского областного отдела здравоохранения за 1952 год отмечено, что заведующий отделением И. В. Ничипорук оказывает все виды хирургической помощи, проводит такие операции как резекция желудка, операции на органах грудной клетки, резекции щитовидной железы, операции на головном и спинном мозге, урологические операции, операции на опорно-двигательном аппарате.

Репозиторий ГрГМУ

С 1944 года по 1952 год больница выполняла функции областной. Иван Валерьянович оказывал также и консультативную помощь, выезжал в районы области, где проводил оперативные вмешательства, руководил специализацией врачей, обучал молодежь на рабочем месте, только за 1950-1954 гг. благодаря этой напряжённой, кропотливой работе, было подготовлено 50 врачей-хирургов.

В эти годы стала проявляться склонность И. В. Ничипорука к выделившейся новой хирургической специальности – «травматология и ортопедия», он прошёл подготовку в БелНИИТО, занялся лечением пациентов с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Особую известность в Гродненской области Иван Валерьянович приобрёл как специалист по детской ортопедии, особенно в лечении врождённого вывиха бедра, косолапости, кривошеи, последствий полиомиелита. По методическим руководствам, учебникам, стажируясь на рабочем месте в БелНИИТО под руководством профессора Мининой Р. М., он скрупулёзно осваивал каждую новую операцию.

В 1958 г. во 2-й городской больнице было создано травматологическое отделение на 40 коек, и его первым заведующим стал И. В. Ничипорук, что явилось логическим продолжением всей его деятельности. Активно формировались кадры отделения, осваивались новые новаторские методики диагностики и лечения ортопедо-травматологической патологии, проводилось большое количество операций, постоянно шло обучение молодых врачей. Многие травматологи-ортопеды области (а среди них и будущие заведующие травматологическим отделением областной клинической больницы г. Гродно, и в последующем доценты профильной кафедры, кандидаты медицинских наук К. Н. Борисевич и Б. А. Карев) чтили его как своего наставника, отличавшегося замечательными человеческими качествами: честностью, принципиальностью, умением сопереживать, порядочностью в отношении пациента, способностью найти подход к человеку, правильно оценить положение дел и принять взвешенное и верное решение о возможном оперативном вмешательстве, бережным отношением к сотрудникам, высокой интеллигентностью и глубоким чувством личной ответственности. Он заведовал отделением до 1977 г., а, затем, до 1983 г., продолжал работу в нём в качестве врача. При нём в отделении начали работать и осваивать азы профессии молодые врачи Ю. А. Азаров (преемник Ивана Валерьяновича на посту заведующего отделением), В. И. Тупицин, М. Г. Малкин, А. А. Конецкий и другие специалисты, достойно продолжившие дело своего учителя [2].

Многолетний, самоотверженный труд Ивана Валерьяновича Ничипорука был по заслугам отмечен государством – он был награждён знаком «Отличник здравоохранения», в юбилейном для страны 1967 году присвоено почётное звание «Заслуженный врач БССР». В честь первого главного врача, выдающегося хирурга, на здании 2-й городской клинической больницы установлена памятная плита.

Репозиторий ГрГМУ

Иван Валерьянович ушёл из жизни 22 февраля 1987года, оставив плеяду замечательных специалистов, продолжателей своего дела, до сих пор его с благодарностью вспоминают пациенты, коллеги, ученики.

Литература:

1. Змачинская Н. Ф., Шумин Н. С. Здравоохранение Беларуси: знаменательные и юбилейные даты. 2010 год / Н. Ф. Змачинская, Н. С. Шумин // Минск: РНМБ, 2010. – 177 с.
2. Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической службы Гродненщины / С. И. Болтрукевич и др. // Журнал ГрГМУ – 2010. – № 2. – 4-11.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПЕРВЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА

Мосин О. В., Жигимонт А. В., Верховодко А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Антибластомные агенты с целью лечения злокачественных новообразований впервые были задействованы в 1942 году, однако оригинальное их использование предполагалось далеко не во благо человечеству.

Ключевые слова: противоопухолевая химиотерапия, иприт, гематологическая токсичность, лимфома, клиническое исследование.

INVENTING THE FIRST CHEMOTHERAPY AGENTS FOR THE TREATMENT OF HUMAN LYMPHOID TISSUE NEOPLASMS

Mosin O. V., Zhigimont A. V., Verkhovodko A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. In 1942 the first antineoplastic agents were used in order to treat malignant neoplasms, but their use was not intended to be for the good of mankind.

Key words: antineoplastic chemotherapy, mustard gas, hematological toxicity, lymphoma, clinical trial.

Цели. Проанализировать цепь исторический событий, которая привела к созданию первых противоопухолевых препаратов для лечения онкологических заболеваний лимфатической системы человека, обобщить и систематизировать имеющиеся данные об успешности клинических испытаний и общей

Репозиторий ГрГМУ

выживаемости пациентов после применения первых представителей группы цитотоксических агентов.

Материалы и методы. В работе были использованы данные Американской Ассоциации по Изучению Рака (AACR), публикаций журналов Yale Journal of Biology and Medicine, Journal of the American Medical Association, литературных источников военно-медицинской тематики.

В работе использованы следующие основные методы: анализ, классификация, сравнение предоставленных в публикациях данных.

Результаты исследования. Создание препарата, являющегося одним из первых известных химиотерапевтических агентов в борьбе с онкологическими заболеваниями, имеет довольно печальную "основу".

Иприт – боевое отравляющее вещество кожно-нарывного действия, которое впервые было применено Германией против англо-французских войск у бельгийского города Ипра в период с 22 апреля 1915 года по 25 мая 1915 года. В общей сложности от газа пострадало пятнадцать тысяч человек, а около пяти тысяч их них умерли [1]. При поражении воздушно-капельным ипритом страдали органы дыхания (ларингит, трахеит, бронхопневмония), а при поражении жидко-капельным ипритом возникали кожные проявления (эритема, буллы, язвы). Особенно чувствительны к парам иприта были именно глаза: появлялось слезотечение, покраснение и отёк слизистой, сопровождающийся обильным выделением гноя; заканчивались подобные поражения слепотой.

При подсчетах было выявлено, что во время Первой Мировой войны 1914-1918 годов от действия боевых отравляющих веществ пострадали 1 232 000 человек, еще 88 500 погибли [2]. Но какая существует связь между применением химического оружия и изобретением противоопухолевого агента?

Дело в том, что кроме известных повреждений дыхательной, зрительной, покровной систем организма человека иприт обладал куда более страшным эффектом. В 1919 году доктор Edward Krumbhaar впервые описывает свои наблюдения за гематологическим профилем французских солдат, пострадавших от применения отравляющего газа. "Наблюдается резкое снижение количества лейкоцитов, в меньшей степени эритроцитов, в мазках периферической крови солдат, что может свидетельствовать об уменьшении количества клеток-предшественников в красном костном мозге", – писал он в своих исследованиях [3]. Уже позже станет известно, что внутриклеточный метаболит иприта – циклический ион сульфония, способен вызывать необратимое алкилирование гуаниновых оснований в цепях ДНК, что ведет за собой апоптоз подверженной изменениям клетки [2]. Неужели подобные данные можно было использовать в благих целях?

Перенесемся во времена Второй мировой войны. 7 декабря 1941 года Япония совершает нападение на Перл-Харбор, что заставляет США вступить на арену боевых действий. Несмотря на тот факт, что 17 июня 1925 года был подписан Женевский протокол о запрете использования любых видов химического и биологического оружия, Государственное Управление Научных Исследований и Разработок США обязуется спонсировать любое учреждение,

Репозиторий ГрГМУ

способное создать максимально летальное химическое вещество для осуществления полноценной контратаки союзников.

В 1942 году исследователи Йельского университета доктор Alfred Gilman и Louis Goodman представляют свои научные разработки по поводу токсичности двух азотистых аналогов иприта в эксперименте на кроликах [4]. Но, что удивительно, они предлагают использовать данные вещества не только как химическое оружие, но и как алкилирующие цитотоксические агенты в борьбе с опухолями лимфоидной ткани – лимфомами.

Каким образом происходили эксперименты ученых? Alfred Gilman и Louis Goodman уже были ознакомлены с результатами исследований, подтверждающими, что одним из неочевидных кумулятивных эффектов иприта на живые существа является снижение пула циркулирующих лейкоцитов в крови. Исследователи решают модифицировать молекулу вещества до тех пор, пока не будет найдет оптимальный вариант, проявляющий выраженное изменение гематологической картины в эксперименте. Среди наиболее успешных замещенных производных обнаружилось два азотистых агента – газ «HN2»/метил-бис-(β-хлорэтил)-амина гидрохлорид (позже известный в странах бывшего СССР как эмбихин – первый цитостатический препарат для лечения лимфогранулематоза, лимфолейкозов) и «газ HN3»/трис-(β-хлорэтил)-амина гидрохлорид [4]. В качестве подопытных животных они использовали мышек с трансплантированной им лимфомой, которых готовил доктор Thomas Dougherty – научный сотрудник кафедры анатомии все того же Йельского университета. Опухоли удавалось пересаживать таким образом, что тенденции к метастазированию практически не наблюдалось, зато локально лимфоидная ткань могла вырасти до таких размеров, что иногда имела большую массу, чем сама мышь. Вот как описывает свои ощущения во время экспериментов Alfred Gilman в одной из своих публикаций: “Мы не могли ждать новую группу мышек, так что решили испытать вещество на одной из оставшихся…после двух введений препарата опухоль настолько сильно уменьшилась, что мы перестали ее даже чувствовать при пальпации…мы дождались полноценного рецидива и снова применили полученные вещества: эффект наблюдался, но не настолько значительный, как в первый раз…мы дождались еще одного рецидива, но в 3 раз вещества уже не смогли подействовать…после внедрения опухоли мышь прожила 48 дней – это отличный результат” [4]. Несмотря на тот факт, что исследования на животных были проведены удачно, ученые не стали публиковать полученные результаты, но решили испытать полученные химиотерапевтические агенты в отношении лимфом на людях. Они обратились к профессору хирургии в Йельском университете Gustaf E Lindskog, который обязался подобрать человека, максимально соответствующего терапевтическим критериям. И такой пациент был найден.

J.D. на момент первого обращения в New Haven Hospital 24 февраля 1941 года страдал от опухоли шейных лимфоузлов, которая достигала размеров 11*9*4 см и мешала ему нормально разговаривать, есть, поворачивать шею. Биопсия образования подтвердила лимфосаркому (Неходжкинскую лимфому).

Репозиторий ГрГМУ

Пациенту были назначены курсы радиотерапии, однако вскоре ему пришлось перевестись в Yale Tumor Clinic, где на момент 25 мая у него наблюдались множественные подчелюстные и аксиллярные метастазы, нарушение функций дыхания, дисфагия, потеря веса. Казалось, что его уже невозможно спасти [5].

В 10 часов утра 27 августа 1942 года пациенту была назначения первая доза цитотоксического агента внутривенно из расчета 0.1 мг/1 кг массы тела. 29 августа процедура была повторена, но с дозировкой, десятикратно превышающей таковую 27 августа. J. D. отметил, что впервые за долгое время смог спокойно поспать ночью, к нему вернулся аппетит. К 27 сентября был достигнут максимальный эффект от хиимиотерапии: биопсия аксиллярных, подчелюстных, надключичных лимфоузлов, которые к тому времени перестали даже пальпироваться, подтвердила присутствие фиброзной ткани, маркеров хронического воспаления, но не опухолевой ткани. К сожалению, 15 октября 1942 года опухоль вернулась: пациент пожаловался на резкое ухудшение аппетита и затруднение в произношении длинных предложений. В период с 15 октября по 1 декабря 1942 года пациенту было назначено 2 курса (3-дневный и 6-дневный) дозой из расчета 0.1 мг/1 кг. J. D. умер 15 декабря 1942 года; аутопсия выявила тотальную аплазию красного костного мозга, присутствие лимфосаркомы в подмышечных и надключичных лимфоузлах, эрозию и геморрагические процессы в слизистой ротовой полости [4].

Выводы. Результаты исследований Alfred Gilman, Louis Goodman, Gustaf E Lindskog, Thomas Dougherty удалось опубликовать только в 1946 году, когда необходимость в засекреченности экспериментов отпала в связи с окончанием Второй мировой войны. К тому времени азотистые аналоги иприта были испытаны на 67 пациентах с разными опухолями лимфатической системы: лимфома Ходжкина, лимфосаркома, хронические миелоидный лейкоз, острый миелобластный лейкоз и др. [5].

Практически во всех испытаниях наблюдалась схожая картина: ударная доза введенных веществ вызывала резкое улучшение состояния пациента, однако полностью завершить процесс не удавалось – при рецидиве онкологического процесса каждый новый сеанс химиотерапии приносил все меньше пользы. В среднем, летальный исход наступал в течение 6-12 месяцев. Однако не стоит отрицать, что вышеупомянутые ученые внесли наиценнейший вклад в развитие нехирургического лечения онкологических заболеваний. Именно 1942 год считают годом рождения противоопухолевой терапии, когда ученым удалось не только целенаправленно применить вещества для уничтожения патологических клеток, но и подтвердить успешность данного процесса в организованных клинических испытаниях.

Но кто же мог себе представить, что химическая структура боевого отравляющего вещества, некогда унесшего тысячи жизней в военных конфликтах по всему миру, станет прародителем группы алкилирующих цитотоксических лекарственных агентов, представляющих единственную надежду для людей с онкологическими заболеваниями красного костного мозга и лимфатической ткани?

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Де Лазари А. Н. Первая германская газобаллонная атака на западноевропейском театре мировой войны у г. Ипра 22 апреля 1915 г. / Химическое оружие на фронтах Мировой войны 1914-1918 гг.: Краткий исторический очерк // А. Н. Де Лазари; Науч. ред. и коммент. М. В. Супотницкого. – М.: Вузовская книга, 2008. – 268 с.
2. Франке З. Химия отравляющих веществ: В 2-х томах // Lehrbuch der Militarchemie: Band 1, 2 / Зигфрид Франке; Пер. с нем.. – М.: Химия, 1973. – Т. 1. – 440 с.
3. Krumbhaar, E. Role of the blood and the bone marrow in certain forms of gas poisoning / E. Krumbhaar // JAMA. – 1919. – Vol. 72, № 1. – doi: 10.1001/jama.1919.26110010018009f.
4. Fenn, J. First use of intravenous chemotherapy cancer treatment: rectifying the record / J. Fenn, R. Udelsman // J Am Coll Surg. – 2011. – Vol. 212, № 3. – doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.10.018
5. Goodman, L. Nitrogen mustard therapy: use of methyl-bis(beta-chloroethyl) amine hydrochloride and tris (beta-chloroethyl) amine hydrochloride for Hodgkin's disease, lymphosarcoma, leukemia and certain allied and miscellaneous disorders / L. Goodman, M. Wintrobe, W. Dameshek // JAMA. – 1946. – Vol. 132, № 3. – doi: 10.1001/jama.1946.02870380008004

ПАРАМЕЙ ВЛАДИМИР ТРОФИМОВИЧ – ОРГАНИЗАТОР КАФЕДРЫ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Ильина С. Н., Мармыш В. Г., Романчук В. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Парамей Владимир Трофимович в 1962 году организовал кафедру глазных болезней в Гродненском медицинском институте и был ее заведующим до 1996 года. Разрабатывал и внедрял новые методики в образовательном процессе, в диагностике и лечении сложных офтальмологических заболеваний.

Ключевые слова: Парамей В. Т., офтальмолог, рационализатор, антиаммиак.

PARAMEY VLADIMIR TROFIMOVICH – ORGANIZER OF THE DEPARTMENT OF EYE DISEASES OF THE GRODNO STATE MEDICAL INSTITUTE

Ilyina S. N., Marmysh V. G., Romanchuk V. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Paramay Vladimir Trofimovich in 1962 organized the Department of Eye Diseases at the Grodno Medical Institute and was its head until 1996.

Репозиторий ГрГМУ

Developed and implemented new techniques in the educational process, in the diagnosis and treatment of complex ophthalmic diseases.

Key words: Paramey V.T., ophthalmologist, rationalizer, anti-ammonia.

Парамей Владимир Трофимович родился в крестьянской семье 13 октября 1921 года в селе Гусятин Каменец-Подольской (ныне Хмельницкой) приграничной с Польшей области Украины.

Среднее образование Владимир Трофимович получил, в основном, в сельской школе, но завершал его на рабочем факультете Винницкого медицинского института. После окончания рабфака и успешной сдачи вступительных экзаменов он был принят в число студентов Винницкого медицинского института. В этом институте закончил 4 курса. Перерыв в обучении был связан с участием в Великой Отечественной войне.

Завершение высшего медицинского образования Владимиром Трофимовичем осуществилось в старинном Львовском медицинском институте в 1947 году. После окончания института он на протяжении 4-х лет работал главным врачом районной больницы в поселке Нижанковичи Дрогобычской (впоследствии Львовской) области. С 1950 по 1953 год обучался в клинической ординатуре на кафедре глазных болезней Львовского медицинского института. В 1954 году защитил кандидатскую диссертацию «О нарушениях в зрительном анализаторе при опухолях головного мозга». После окончания клинической ординатуры В.Т. Парамей работал ассистентом кафедры офтальмологии в Ивано-Франковском медицинском институте с 1953 по 1962 год.

В 1962 году на конкурсной основе В.Т. Парамей был избран на должность доцента кафедры глазных болезней Гродненского медицинского института и стал ее организатором. В 1963 году по конкурсу был избран её заведующим. Докторская диссертация В.Т. Парамея на тему “Патология и терапия инфицированных ран глаза у животных, подвергшихся общему рентгеноблучению” была защищена в Киевском медицинском институте в 1972 году.

Участие В. Т. Парамея в Великой Отечественной войне началось спустя несколько дней после её начала. Несмотря на наличие эвакуационного предписания, он был зачислен в состав одного из отрядов народного ополчения города Винница. В составе ополчения участвовал в боях до момента ранения и контузии на территории Запорожской области. В 1943 году Владимир Трофимович перенёс тяжёлую форму сыпного тифа. Несмотря на наличие осложнения в виде нарушения подвижности нижней конечности, в 1944 году он был вновь в действующей Советской Армии. Сначала был назначен фельдшером миномётного батальона, а затем младшим врачом 256 стрелкового, а впоследствии 115 гвардейского стрелкового полков. Эти воинские подразделения действовали в течение нескольких дней и после объявления конца войны. В течение лета и осени 1945 года Владимир Трофимович выполнял задачи военного врача групп Советской Армии, на территории

Репозиторий ГрГМУ

Восточной Пруссии и севера Польши. В ноябре 1945 года был демобилизован из армии как студент вуза.

Парамей В. Т. уделял постоянно особое внимание учебному процессу на кафедре. Заведующий кафедрой и добросовестные преподаватели стремились в полной мере реализовать требования программы, учебного плана, максимально использовать учебное рабочее время для усвоения студентами теоретических положений, умений и практических навыков. Положительный результат учебной деятельности в значительной мере определялся уровнем теоретической подготовки преподавателей, их трудовой дисциплины и добросовестности. Такими качествами обладало большинство преподавателей в начальном и последующем периодах работы кафедры: Гогина Н. Д., Кособуцкая А. И., Верзин А. А., Салей М. Я., Ильина С. Н., Мадекин А. С., Хотим В. Е. Важное значение имела добросовестная и инициативная работа лаборанта кафедры Лещук Н. И.

Совершенствование учебного процесса кафедры в значительной степени было связано с использованием опыта родственных кафедр медицинских вузов, куда выезжали преподаватели по линии курсов совершенствования знаний: кафедры офтальмологии 1-го и 2-го Московских мединститутов, Центрального института усовершенствования врачей, Киевского медицинского института и Киевского института усовершенствования врачей, Ленинградского и Минского институтов, кафедра офтальмологии Московского Университета Дружбы народов. Первоочередное значение для формирования учебного процесса имели те знания, умения и опыт, которые были усвоены преподавателями на кафедрах, где они готовились к преподавательской деятельности.

На протяжении всех лет руководства кафедрой заведующий постоянно поднимал вопрос о необходимости совершенствования учебного процесса. Об этом говорилось при обсуждении планов лекций и практических занятий, результатов занятий в отдельных группах и результатов экзаменов. С этой целью по опыту кафедры офтальмологии Московской медицинской академии, была внедрена методика письменных ответов студентов на вопросы по теме предстоящего практического занятия. Преподавателям рекомендовалось, наряду с просмотрами содержания таких ответов, проводить контроль подготовки студентов к занятию путём фронтального или традиционного опроса, а также применения программированного контроля. Учитывая необходимость совершенствования учебного процесса, была внедрена особая методика итогового экзамена. Студент отвечал на один из вопросов второго уровня сложности письменно. Ответы на два другие вопроса (первого и третьего уровня сложности) он сдавал устно. Устно решал клиническую задачу. Между письменным и устными вопросами каждый студент демонстрировал одному из преподавателей умение выполнять тот или иной практический навык по предмету. Такая устно-письменная методика экзамена способствовала более прочному усвоению учебного материала, в том числе умению выполнять требуемые практические навыки. Спустя 20 лет после открытия института, в нем был организован педиатрический факультет. От всех преподавателей

Репозиторий ГрГМУ

кафедры требовалось осуществить пересмотр в методике преподавания, учитывая особенность подготовки врачей-педиатров. Такого же характера трудности имели место при организации учебного процесса на факультете врачей психотерапевтов и факультете подготовки медицинских сестёр с высшим образованием. Упомянутые трудности были успешно преодолены. Этому способствовало то обстоятельство, что часть лекций на лечебном и педиатрическом факультетах, наряду с заведующим, читали в соответствии с разрешением ректора ассистенты А. С. Мадекин и С. Н. Ильина, успешно защитившие в последствии кандидатские диссертации. Упомянутые лекторы, учитывая пожелания кафедральных совещаний, успешно справились и с лекциями на новых факультетах. Преподаватели кафедры стремились к совершенствованию методик проведения практических занятий, учитывали при этом характер факультета и состав слушателей. На практических занятиях студентам всех факультетов было рекомендовано придавать особое значение самостоятельной работе с пациентами. Для облегчения усвоения вопросов понимания раздела клинической рефракции на кафедре была создана учебная модель типов клинической рефракции глаза. На практических занятиях использовались патогистологические препараты, альбомы фотографий, музейные паталогоанатомические препараты. Для ускорения умения видеть детали глазного дна студентам рекомендовали офтальмоскопировать ведущим глазом. Студенты лечебного факультета были более активными участниками научного кружка. Многие кружковцы стали квалифицированными врачами-офтальмологами. В. И. Санюкевич, А. С. Мадекин, С. Н. Ильина, успешно защитили кандидатские диссертации.

Научная работа В. Т. Парамея велась по двум направлениям. Одно из них включало планирование на продолжительный период диссертационных работ. Второе направление касалось тех исследований, которые приобретали срочную клиническую актуальность. К таким работам относились в частности разработка способов терапии туберкулёза глаза, его диагностика с помощью температурного теста, способа светотерапии дистрофий глазного дна и атрофии зрительного нерва, совершенствование оперативных методов лечения катаракты, глаукомы, совершенствование способов терапии ожогов глаз, в том числе аммиачных ожогов, часто поражавших рабочих химических предприятий и сельских тружеников. К актуальным вопросам относится и терапия начальных катаракт. Такой вопрос разрабатывал заведующий кафедрой в содружестве с другими преподавателями. Министерством здравоохранения Республики Беларусь по этой теме изданы инструктивные письма. По материалам ряда НИР были сделаны заявки в Государственный комитет по делам изобретений СССР, а затем Республики Беларусь. В. Т. Парамей имеет 5 авторских свидетельств: «Криоэкстрактор катаракты», «Способ диагностики туберкулёза глаза», «Способ лечения дистрофии сетчатки», «Состав для лечения аммиачных ожогов глаз», «Применения спирулина в терапии радионуклидной катаракты». Рационализаторские предложения диагностического и лечебного характера отображены в 18 удостоверениях.

Репозиторий ГрГМУ

Лечебная работа В. Т. Парамея в Гродненском мединституте велась по следующим основным направлениям: консультирование больных, выполнение сложных диагностических исследований, выполнение офтальмохирургических вмешательств, внедрение в практику известных из литературы и собственных методов диагностики и лечения, проведение мероприятий, направленных на повышение уровня специализированных знаний офтальмологов клиники, города, области. Важное значение имела работа по линии общества офтальмологов. К моменту организации кафедры в области трудилось 20-25 офтальмологов. Улучшилось оснащение глазных кабинетов. Открыты глазное отделение во 2-ой городской больнице г. Гродно, межрайонные глазные отделения в городах Слониме, Лиде. В ряде городов открыты специализированные детские сады для лечения косоглазия. В глазных стационарах областной больницы в течение года заведующий кафедрой ежегодно консультировал около одной тысячи пациентов. В глазных кабинетах областной поликлиники его консультации ежегодно получали более 500 человек. По инициативе В. Т. Парамея в практику клиники были внедрены новые методы офтальмохирургии: пересадка искусственного хрусталика (1988 год), реконструкция радужно-роговичного угла при врожденной глаукоме, вазореконструктивные операции при атрофии зрительного нерва и дистрофии сетчатки, операции по поводу разрыва сетчатки в области ее заднего полюса, операции по поводу опухолей орбиты, антиглаукомные операции, операции удаления внутриглазных инородных тел, расположенных в труднодоступных отделах. В практику клиники внедрён метод терапии начальной катаракты никотинамидом в сочетании с раздражением кожи воротниковой зоны методом ручного массажа или игольчатого аппликатора. В лечебную практику клиники внедрён способ диафаноскопии по методике витебского исследователя Морхата И. В., методы этиологической терапии увеитов, офтальмогерпеса. В клинике применялся метод спирулинотерапии начальной катаракты (А. С. Мадекин). Заведующий кафедрой способствовал разработке и применению терапии макулодистрофий, оптимизирующей кислородтранспортную функцию крови с учетом учения профессора М. В. Борисюка (С. Н. Ильина).

Профессором Парамеем В. Т. за период работы в Гродненском мединституте дано большое число отзывов на докторские (13) и кандидатские (47) диссертации, а также статьи, готовящиеся к публикации в журналах «Вестник офтальмологии», «Офтальмологический журнал», «Здравоохранение Беларуси» (всего 72).

Общественная деятельность профессора В. Т. Парамея заслуживает положительной оценки. На протяжении 34 лет он возглавлял Правление Гродненского филиала научного общества офтальмологов, входил в состав правления Республиканского и Всесоюзного научных обществ. Активно участвовал в научных офтальмологических съездах, конференциях, симпозиумах как союзного, так и республиканского характера, выступал на них с докладами и сообщениями.

Репозиторий ГрГМУ

В. Т. Парамей награжден орденом Отечественной войны 1 степени, орденом Красной звезды, медалью «За боевые заслуги», «За победу над Германией», «За доблестный труд», «Ветеран труда» и другими медалями, Почётной грамотой Верховного Совета БССР, знаком «Отличник здравоохранения», «Изобретатель СССР», «За активную работу Всесоюзного Общества Знание», памятной медалью Советского комитета ветеранов войны. Многократно награждался почётными и благодарственными грамотами государственных и общественных организаций. Среди них Диплом Министерства народного образования БССР, благодарность министерства высшего образования СССР, правления Всесоюзного и республиканского общества “Знание” и другие. В Винницком государственном областном архиве был создан личный фонд В.Т. Парамея за N. Р-5264.

Литература

1. Онощенко, А. И. Учитель, коллега, ветеран (к 95-летнему юбилею профессора В. Т. Парамея) / А. И. Онощенко, Э. А. Анин, С. Н. Ильина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – № 4. – 2016. – С. 129-132.

ПРОФЕССОР МОГИЛЕВ – ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Плоцкий А. Р.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье приведены основные вехи биографии профессора М. В. Могилева, результаты его научной и педагогической деятельности.

Ключевые слова: профессор, Могилев, акушерство и гинекология.

PROFESSOR MOGILEV – FIRST HEAD OF THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF THE GRODNO STATE MEDICAL UNIVERSITY

Plotski A. R.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents the main milestones of the biography of Professor M. V. Mogilev and results of his activities.

Репозиторий ГГМУ

Key words: professor, Mogilev, obstetrics and gynecology.

Информация о профессоре М. В. Могилеве – первом заведующем кафедрой акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского института – крайне скудна. В различных изданиях, посвященных юбилейным событиям в жизни кафедры или университета, приводятся одни и те же данные о «широко эрудированном профессоре довоенной школы, обладающем высокой культурой, прекрасном специалисте и педагоге, исключительно виртуозном хирурге» с традиционным перечислением мест его трудовой деятельности, количества опубликованных работ и подготовленных учеников [1]. Однако жизнь профессора Могилева была крайне насыщенной, и, видимо, непростой, и даже беглый взгляд на факты его официальной биографии вряд ли в состоянии доказать обратное.

Малой родиной Михаила Вениаминовича Могилева (родился 1 июня 1898 года) является город Звенигородка Киевской губернии (ныне – Черкасская область). Будущий профессор появился на свет, как указано им самим в автобиографии, в семье служащих: отец – врач, мать – учительница [2]. Завершив учебу в гимназии, в 1918 году он поступил в Киевский медицинский институт и после окончания его в течение года работал врачом в участковой больнице города Монастырище. В 1925 г. Могилев М. В. прослушал цикл лекций по акушерству и гинекологии при Государственном институте усовершенствования врачей им. С. М. Кирова в г. Ленинграде, где и остался работать в должности младшего научного сотрудника, а затем ассистента и доцента. Лишь небольшой промежуток времени Могилев М. В. являлся ассистентом кафедры акушерства и гинекологии Института охраны материнства и младенчества. В 1937 году он был удостоен звания приват-доцента после прочтения «пробной лекции» на тему «Консервативная хирургия в гинекологии».

Преподавательскую и клиническую работу Михаил Вениаминович Могилев всегда совмещал с научной деятельностью, являясь сотрудником Всесоюзного института экспериментальной медицины им. М. Горького. Его научным руководителем являлся заслуженный деятель науки профессор Е. С. Лондон, под руководством которого проводились научно-исследовательские изыскания, результатом чего явилась успешная защита диссертации на тему: «Овариальный инкрет и его взаимоотношение с гонадотропными гормонами беременных – проланом А и В» в 1938 году. В следующем году Михаил Вениаминович был удостоен ученой степени доктора медицинских наук, а в июле 1941 году – звание профессора. Однако диплом доктора наук и аттестат профессора он получил лишь после окончания Великой Отечественной войны.

С 1940 по 1945 г. профессор Могилев М. В. заведовал кафедрой акушерства и гинекологии Среднеазиатского (ныне – Ташкентского) института усовершенствования врачей. Уже в то время его характеризовали как талантливого преподавателя, имеющего богатый личный опыт клинициста, и

Репозиторий ГрГМУ

как хирурга «исключительно высокой культуры», проявляющего интерес к новаторским подходам в восстановительной хирургии женской половой сферы [2]. Профессор М.В. Могилев был председателем Ташкентского научного общества акушеров-гинекологов, а также вел консультативную работу в поликлиниках Ташкента и эвакогоспиталях на общественных началах.

С 1945 года профессор Могилев был переведен в Кишиневский государственный медицинский институт для организации кафедры акушерства и гинекологии. В статусе заведующего кафедрой ему пришлось в условиях послевоенной разрухи самостоятельно разработать тематики занятий и организовать лечебную работу на клинической базе. Кафедра в больнице занимала лишь одну комнату – кабинет профессора. В нем и в рядом расположенном холле проводились занятия. Базой кафедры являлись родильное и гинекологическое отделения на 25 и 30 коек соответственно. В родильном отделении не было операционной, и при необходимости выполнения акушерских операций рожениц транспортировали по территории больницы на носилках. Тем не менее, организационные неурядицы не помешали профессору Могилеву продемонстрировать высокий уровень хирурга, клинициста, преподавателя. Сотрудники больницы вспоминали, что профессор оперировал самые сложные случаи «четко, быстро, без волнения и окриков, столь обычных для старых хирургов», обосновывая каждое движение, избегая лишних жестов. Видимо, уже только создаваемая им атмосфера предрасполагала к успешному обучению. Кроме непосредственно техники хирургических вмешательств большое внимание профессором уделялось дифференцированным подходам к обезболиванию операций и ведению послеоперационного периода. Профессор М. В. Могилев проводил также курсы усовершенствования врачей и являлся председателем комиссии по родовспоможению [3].

В связи с частыми рецидивами тропической малярии в 1948 году профессор М.В. Могилев был освобожден от должности и после непродолжительного периода работы заведующим курсом акушерства и гинекологии Стоматологического института в Ленинграде (1948-1950 гг.) приступил к заведованию кафедрой акушерства и гинекологии Сталинского (ныне – Новокузнецкого) института усовершенствования врачей.

Это был весьма непростой период работы (1951-1954 гг.) не только с точки зрения большой ответственности (институт усовершенствования был третьим по значимости после Ленинградского и Казанского), но и по причине политической ситуации в стране («дело врачей»). Институт ранее локализовался в Новосибирске, и из 180 бывших сотрудников в Новокузнецк прибыло лишь 50. И вновь в условиях изначального отсутствия материальной базы профессор Могилев М. В. с оставшимися сотрудниками (доцент Р. И. Мовшович, ассистенты Н. М. Гетман-Сычева и В. Н. Гранат) восстановил все необходимые направления работы кафедры.

С 1955 года до момента начала работы в Гродно профессор Могилев преуспел в организации работы кафедры акушерства и гинекологии Благовещенского медицинского института (ныне – Амурская государственная

Репозиторий ГрГМУ

медицинская академия). Могилев М. В. считается создателем научной клинической акушерско-гинекологической службы Амурской области: при его непосредственном участии была организована научная лаборатория по исследованию функции почек у беременных с поздним токсикозом, проводились работы по оценке состояния плода на основании данных электрофонографии, изучались особенности течения беременности при гипотонии.

А с 25 августа 1961 года профессор Могилев М. В. работал заведующим кафедрой Гродненского государственного медицинского института. Он рационально использовал колоссальный опыт работы в различных регионах страны. Профессор легко находил взаимопонимание с руководством Министерства здравоохранения по вопросам организации работы кафедры, неоднократно выезжал в Ленинград для заказа учебных наглядных материалов на художественном комбинате, а его консультативные поездки в Брестскую область вызывали благодарность у коллег и пополняли анатомические коллекции (макропрепарат миомы матки огромных размеров был приготовлен профессором лично). Но вряд ли эта работа была легкой прогулкой по накатанной дорожке. Бывали и конфликтные ситуации, отраженные, например, в стенограмме заседания Гродненского общества врачей акушеров-гинекологов (1963 г.), на котором состоялось «жаркое» обсуждение вопроса о взаимодействии сотрудников кафедры и работников практического здравоохранения. Оказывается, нынешние «трения» и «недопонимания» не такие уж и новые по сути своей: упоминаются неравномерность распределения оперативной активности, различное количество экстренных дежурств и даже особенности межличностных взаимоотношений. Например, представитель руководства гродненского родильного дома констатировала, что « … работники кафедры относятся к практическим врачам свысока, а профессор Могилев заявляет, что мы генералы, а вы солдаты … профессор Могилев, допускает резкость с врачами, а это отрицательно влияет на средних медработников» [4]. Но есть и совершенно противоположные мнения сотрудников, работавших с профессором и утверждавших, что он был скромным, вежливым, добрым, старался привить культуру общения своим сотрудникам, что противоречит «характеристике», приведенной выше. Скромность профессора проявлялась еще и в том, что он не стремился увеличить количество своих публикаций путем дублирования одной и той же статьи на разных языках (профессор Могилев М. В. владел немецким языком). К примеру, в списке опубликованных им работ статья «К вопросу о послеоперационной кетонурии» отмечена пунктом 3. А пунктом 3а указана та же работа, но на немецком языке – «Ueber postoperative ketonurie». И таких примеров множество[2].

Из иных работ профессора Могилева вызывают интерес публикации, касающиеся различных аспектов физиологии женского организма, питания при беременности, органосохраняющих операций в гинекологии, методики восстановления стенки матки при кесаревом сечении (Акушерство и гинекология, № 10, 1966 г.). Весьма познавательно описание случая успешных родов после имплантации части фаллопиевой трубы у женщины, подвергшейся ранее оперативной стерилизации (Акушерство и гинекологии, № 6, 1941 г.).

Репозиторий ГрГМУ

Уже в Гродно профессора Могилева «догнали» его издания из Благовещенска «Гигиена женщины» (1958) и Кишинева «Неотложные мероприятия при атонических кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах (в помощь сельскому акушеру)» (1964). В последнем им предложены оригинальные способы оказания акушерской помощи при выделении отделившегося последа и при атоническом маточном кровотечении.

Профессор Могилев М. В. страдал злокачественным новообразованием пищевода, от чего и умер 14 марта 1967 года. Похоронен в Гродно на старом кладбище.

За весь период своей работы он был удостоен почетной грамоты Президиума Верховного Совета Узбекской ССР, медали «За доблестный труд» и благодарности Министра здравоохранения Белорусской ССР.

Литература

1. Ракуть, В. С. История кафедры акушерства и гинекологии ГГМИ // Сборник научных работ сотрудников клиники акушерства и гинекологии, посвященный 50-летию Гродненского роддома / Под ред. проф. В. С. Ракутя. – Гродно, 1995. – С. 5-7.
2. Архив Гродненского государственного медицинского университета.
3. Штемберг, М. И. У истоков кафедры акушерства и гинекологии / М. И. Штемберг // Curierul medical. – 2005. – № 5(287). – С. 38-40.
4. Государственный архив Гродненской области. – Фонд 828. Оп. 16. Д. 615.

К БИОГРАФИИ ГРОДНЕНСКОГО ВОЕННОГО ВРАЧА И ЛИТЕРАТОРА В. Д. ПОДГАЕЦКОГО (1839-1891)

Ситкевич С. А., Черепица В. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлены новые биографические данные о жизни и профессиональной деятельности военного врача и литератора второй половины XIX века В. Д. Подгаецкого.

Ключевые слова: военный врач, В. Д. Подгаецкий, Гродненский военный госпиталь, русско-турецкая война, 13-й военно-временный госпиталь, литературное творчество врача.

Репозиторий ГрГМУ

TO BIOGRAPHY OF THE GRODNO MILITARY DOCTOR AND WRITER V. D. PODGAETSKY (1839-1891)

Sitkevich S. A., Cherepitsa V. N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents new biographical facts and professional achievements of Podgaetsky V.D., a military doctor and writer of the second half of the 19th century.

Key words: military doctor, V. D. Podgaetsky, Grodno military hospital, Russian-Turkish war, 13th military temporary hospital, literary work of doctor.

В развитие здравоохранения губернского Гродно второй половины XIX века значительный вклад внесли военные врачи 26-й пехотной дивизии и гродненского военного госпиталя (лазарета). К их числу принадлежит незаурядная личность нашего земляка Венедикта Дмитриевича Подгаецкого. Наряду с высокими профессиональными навыками военного клинициста, его отличали определенные литературные дарования, которые, однако, не смогли в полной мере раскрыться по причине скоропостижной смерти.

Родился будущий военный врач и литератор Венедикт Дмитриевич Подгаецкий 7 марта 1839 года в г. Слуцке Минской губернии в семье православного священника. Первоначальное образование он получил в Минском духовном училище, откуда как лучший ученик был послан в Петербургскую духовную семинарию. Назначенный в прислужники митрополита Подгаецкий с трудом осваивал учебную программу семинарии, но упущенное настойчиво наверстывал на каникулах, проводимых в родительском доме. Старший брат его в это время учился в Петербургской медико-хирургической академии, и увлеченность последнего профессией врача постепенно овладела и мыслями Венедикта. И потому сразу после окончания курса семинарии он поступил в 1859 году в медико-хирургическую академию на казенное содержание. Пойдя по стопам брата, бывший семинарист с полной отдачей сил и способностей получал профессию военного медика, одновременно всячески повышал и свой культурный уровень: много читал, увлекался театром и музыкой.

Успешно окончив в 1865 году академию (седьмым по счету из сорока выпускников), Подгаецкий распределился по выбору на место военного врача в 13-м уланском Владимирском полку, стоявшем тогда в г. Белостоке Гродненской губернии. Однако, еще не доехав до этого места, он получил новое назначение – в 3-й стрелковый батальон в г. Соколке. Отсюда, поменявшись с товарищем по учебе, Венедикт Подгаецкий поступил на службу военным врачом в 101-й пехотный Пермский полк. При всем добросовестном отношении молодого специалиста к своим обязанностям, последние не приносили ему должного удовлетворения по причине отсутствия возможностей для профессионального

Репозиторий ГрГМУ

роста в качестве хирурга. И когда в 1869 году ему представилась возможность для перехода младшим ординатором на службу в Гродненский военный госпиталь, Подгаецкий сразу же ею воспользовался [1, с. 189].

Служба при госпитале вносила весомое разнообразие в жизнь начинающего хирурга, включая и командировки в санаторий в Друскеники, куда его на лето отправляли с госпитальными больными. В «Памятных книжках Гродненской губернии» о данном периоде деятельности В. Д. Подгаецкого имеются следующие из года в год повторяющиеся сведения: «Лекарь Гродненского госпиталя, окончил С.-Петербургскую медико-хирургическую академию, на службе пять лет, в здешнем крае с 1866 года, коллежский асессор, женат, надворный советник, кавалер орденов Св. Станислава 3-й степени и Св. Анны 3-й степени» [2].

24 апреля 1877 г. началась предпоследняя из серии многочисленных русско-турецких войн. Россия выступила на стороне угнетенных османами братских балканских народов, восставших против 500-летнего турецкого ига. К антитурецкой коалиции примкнули отряды сербов, черногорцев, болгар и румын, в боевых действиях на Кавказе принимали участие грузинское и армянское ополчение. Согласно мобилизационному плану развертывания медицинской службы Российской императорской армии на случай войны с Турцией, Высочайше утвержденному еще 28.09.1876 г., для своей работы ей предстояло сформировать 84 военно-временных госпиталя (далее – ВВГ). К декабрю 1877 г. для Дунайской армии было сформировано 64 ВВГ (по 630 койко-мест в каждом) общей емкостью на 40 320 мест [3, с.143]. В одном из них, а именно в 13-м ВВГ, в 1877-1878 гг. на территории Румынии и Болгарии служил старшим ординатором В. Д. Подгаецкий. В неимоверно тяжелых условиях военного времени он спасал жизни многим больным и раненым воинам, работая по системе основоположника русской военно-полевой хирургии Н. И. Пирогова. После возвращения с войны в Гродно, он живо откликался на предложения об участии в ряде специальных экспедиций, направленных на борьбу с эпидемиями чумы и холеры на необъятных просторах империи. После этого он был направлен в Петербург, где успешно выдержал экзамен на военно-полевого хирурга. С 1880 года В. Д. Подгаецкий – уже старший врач 111-го пехотного Донского полка, квартировавшего в г. Ковно. Прослужив здесь всего полгода, он почувствовал в себе непреодолимое желание возвратиться назад в уже ставший ему родным г. Гродно. Поменявшись местами со старшим врачом 103-го пехотного Петрозаводского полка Глинским, он опять вернулся на место прежней службы и прослужил здесь старшим врачом еще полных десять лет.

Все это время В. Д. Подгаецкий проживал с семьей в Гродно по Каретному переулку в доме Будрика. За заслуги перед медицинской службой он стал коллежским советником, кавалером ордена Св. Анны 2-й степени, а в 1890 году был награжден именной медалью в память о войне 1877-1878 гг. [3]. В том же 1890 году он опубликовал в северной российской столице и свой первый литературный труд «Заметки о себе и о своем прошлом».

Репозиторий ГрГМУ

Автобиографическое произведение гродненца, помещенное в сборнике «Двадцатипятилетие деятельности врачей, окончивших курсы в императорской медико-хирургической академии в 1865 г.», сразу же обратило на себя внимание тогдашней критики, отметившей в нем «замечательное содержание и высокохудожественный слог». Воодушевленный такого рода оценкой своего творчества, начинающий литератор решил продолжить занятия историей и литературой, обратив все свои усилия на тему «Из медицинского быта в прошлую турецкую войну 1877-1878 гг.». К сожалению, тяжелое и быстро прогрессирующее заболевание не позволило старшему врачу Подгаецкому полностью завершить задуманный труд. Умер он 8 декабря 1891 года. Однако и то, что было написано гродненским автором, получило высокую оценку редакции журнала «Русская старина». В октябрьском номере за 1893 год, вместе с основной публикацией военлекаря о быте медиков во время войны с турками, было напечатано и его последнее письмо, адресованное своему товарищу в Петербурге Н. А. Воронихину, всячески поддерживавшему В. Д. Подгаецкого в литературном творчестве.

В письме, в частности, говорилось: «Многоуважаемый Николай Алексеевич. Человек предполагает, а Бог располагает: после приключившейся инфлюэнции, разыгрался у меня рак желудка, как я и предполагал, чего прежде не думали врачи, которые теперь и сами убедились в этом. Переписывать труд не в силах, посылаю Вам черняк карандашом, кроме начала, которое брался переписывать два раза» [4, с.91].

Отдавая дань мужеству врача, предвидевшего свою скорую кончину, однако продолжавшему литературную работу, нельзя не назвать и причин, вызвавших у него «непреодолимое желание набросать по возможности свои воспоминания о нашем быте на войне в 13-м госпитале». Одной из них стала скоропостижная кончина в Гродно 5 марта 1891 года дивизионного врача 26-й пехотной дивизии К. О. Ильницкого, возглавлявшего на начальном этапе русско-турецкой войны 13-й ВВГ, а также погибшего во время войны от тифа ближайшего друга Подгаецкого – ординатора виленского госпиталя Ф. Г. Голубева. Твердо полагая, что «такие люди не должны быть забываемы», автор на двадцати страницах очерка дал подробное описание истории формирования и деятельности своего госпиталя в тяжелейших условиях войны и сурового климата, героического терпения и высочайшего профессионализма военных медиков, возвращавших к жизни не только российских и болгарских воинов, но и турецких военнопленных.

Как следует из очерка, штатный состав госпиталя был сформирован осенью 1877 г. в г. Динабурге и был достаточно квалифицированным. Ординаторы и аптекари были назначены из варшавского, виленского, гродненского, бобруйского и брестского госпиталей, две опытные служанки – из ковенского госпиталя. Сам 13-й ВВГ на протяжении войны поочередно размещался в районе городов Фратешти, Зимница, Сан-Стефано, где «ложась спать нельзя было ручаться, что на другой день будешь здоров, а на третий, четвертый – жив, где научились мы молиться и страдать» [4, с.92]. К новому

Репозиторий ГрГМУ

1878-му году многие хозяйственные и бытовые вопросы, в том числе связанные с расквартированием и доброкачественностью пищи команды, были решены, а госпитальный коллектив сплотила тесная дружба. Непосредственными обязанностями ординаторов стали медицинский осмотр и сортировка пленных турок, которых тогда массово гнали из под Плевны и из-за Балкан. Оказывая необходимую медицинскую помощь всем нуждающимся, В. Д. Подгаецкий отбирал больных, годных для дальнейшей транспортировки на санитарных поездах, несколько раз получал задания сопровождать последние «при пяти сестрах и фельдшере». В скором времени главным врачом 13-го ВВГ был назначен А. Ф. Семенов, человек, как оказалось, довольно «злой и бедовый». Ситуация в госпитале изменилась: наш герой, оказавшись в определенной опале, получал достаточно сложные и ответственные поручения, а весь коллектив испытывал «ежедневные несправедливые придирки и преследования».

Одним из самых сложных периодов турецкой кампании В. Д. Подгаецкого стала весна 1978 г., когда госпиталь был перегружен тяжелыми ранеными, войска страдали от сыпного тифа и дизентерии, вследствие чего на одного ординатора приходилось не менее 200 больных [4, с.99].

В целом, эпиграфом к рассматриваемому произведению, написанному в духе известных рассказов В. М. Гаршина, также принимавшего участие в этой войне, могут быть слова В. Д. Подгаецкого, в сердцах сказанные в конце своей публикации: «Избави, Господь, видеть доброму человеку ужасы всякой войны». И это сказал русский офицер, военный врач, понимавший благородный, по сути, характер этой войны, но, тем не менее, воочию столкнувшийся со страданиями и бедами, которые она несла не только вооруженным, но и мирным людям. Чтобы исключить их, на смену военным в решении судьбоносных для человечества проблем, по его мнению, со временем должны прийти дипломаты.

Не останавливаясь подробно на содержании труда нашего земляка, приведем лишь фрагменты, связанные с Гродно и другим гродненским военным врачом: «От скуки иду на пристань полюбоваться на Мраморное море. И, о радость, встречаю там своего сослуживца по гродненскому госпиталю и своего друга Антона Ивановича Шмидта, которого теперь проф. А. С. Таубер в своем труде «Современные школы хирургии» называет талантливым хирургом, деятельность которого на войне печатно похвалил и знаменитый Пирогов. Обрадовался я ему как ангелу-спасителю, особенно узнавши, что он состоит в эвакуационной комиссии, а это значит, что в случае необходимости он может помочь нашему госпиталю. Рассказав Шмидту про наше житье-бытие, и получив от него заверения в неизменном ко мне уважении и желании помочь нам, я и расстался с любезным земляком». Чуть ниже о нем же Подгаецкий писал следующее: «К несчастию, уже покойный А. И. Шмидт до того был популярен в Гродно, что к нему пациенты ездили не только со всей губернии, но и из Вильно. Он зарабатывал до девяти тысяч рублей практикою в год, но от этой практики, обеспечив себя именьицем в Лифляндии, он просто сбежал,

Репозиторий ГрГМУ

чувствуя, что не выдержит такого напряжения сил, и принялся за научные занятия» [4, с.106].

Заинтересовавшись и этим гродненцем, мы обнаружили в «Памятных книжках Гродненской губернии» за 1870-е годы такие строчки о нем: «Гродненский военный госпиталь. Старший ординатор, коллежский советник Антон Иванович Шмидт, кавалер Св. Анны, лютеранского исповедания, доктор медицины Дерптского университета, холост, на службе и в крае с 1869 года» [2]. Стало также известно, что в 1873 году он получил свидетельство о праве на льготное приобретение имения в Гродненской губернии, но почему-то от такой возможности здесь отказался, реализовав его у себя на родине. К сожалению, ничего большего о близком Подгаецкому человеке пока узнать не удалось.

При чтении далеко не завершенных воспоминаний нашего земляка ловишь себя на мысли о том, сколько еще много интересного и полезного можно было бы узнать от него и о далекой русско-турецкой войне, и о буднях военных медиков не только на Балканах, но и дома, на Гродненщине. Могилу В. Д. Подгаецкого на старом городском православном кладбище найти не удалось. Скорее всего, его похоронили рядом с родными ему могилками в г. Слуцке Минской губернии. В болгарской же столице Софии ему и всем русским военным лекарям, оказывавшим помощь больным и раненым людям, установлен величественный обелиск, получивший в народе название «Докторский памятник».

Литература

1. Черепица, В. Н. «… И клятву верности сдержали…»: Очерки военной истории Гродненской губернии (1812-1915 годы) / В.Н. Черепица. – Гродно: ГрГУ, 2017. – 457 с.
2. Памятные книжки Гродненской губернии за 1870-1891 годы.
3. Ишутин О. С., Богдан В. Г., Литвишко А. А. Белорусская военная медицина в русско-турецкой войне 1877-1878 гг. / Военная медицина. – 2017. – №1 (42). – С. 140-147.
4. Подгаецкий, В. Д. Из медицинского быта в прошлую русско-турецкую войну 1877-1878 гг. / В. Д. Подгаецкий // Русская старина. – 1893. – октябрь. – С. 90-112.

СОВРЕМЕННОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНЕ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Смолей Н. А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлен обзор различных методов аттестации молодых специалистов-медиков, приведен их сравнительный анализ, отражающий уровень теоретической и практической подготовки врачей.

Ключевые слова: аттестация, симуляционное оборудование, практическая подготовка, молодые специалисты.

Репозиторий ГрГМУ

MODERN MEDICAL TRAINING AT THE STAGE OF TRAINING YOUNG DOCTORS

Smalei N. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents an overview of various methods of certification of young medical professionals, their comparative analysis, reflecting the level of theoretical and practical training of doctors.

Key words: certification, simulation equipment, practical training, young professionals.

Известно, что система образования в медицине менялась и эволюционировала: от скучных и трудных в восприятии лекций несколько десятилетий назад до непосредственного обучения у постели больного и на роботах-симуляторах в симуляционном центре в современности. В настоящее время широко распространено использование симуляционного оборудования, роботов-тренажеров и систем искусственного интеллекта. Данный вид обучения стал возможен благодаря наличию различных фантомов, способных работать не только в режиме реального времени, но и в виртуальной реальности [1, 2].

Для каждой медицинской специальности создана специальная медицинская техника, позволяющая имитировать разные ситуации, редкие и опасные заболевания, что чрезвычайно важно для развития клинического мышления будущих врачей.

Так, например, новое оборудование для врачей-хирургов помогает осваивать и совершенствовать основные хирургические навыки: выбор инструментов и шовного материала, обработка ран, десмургия, наложение швов, ушивание брюшной стенки. Следует отметить, что работая на эндохирургическом симуляторе, студенты учатся выбирать необходимый хирургический инструментарий, накладывать пневмоперитонеум, накладывать интракорпоральный шов и ушивать троакарную рану [1].

В то же время для будущих травматологов разработаны муляжи для перевязки ран, наложения жгута, иммобилизации конечности, аускультации пневмоторакса, выполнения торакоцентеза и плеврального дренажа [1].

Что касается обучению акушерству и гинекологии, то известны и широко применяются на практике роботизированные симуляторы родов, интерактивные модели имитации родов и кесарева сечения, тренажеры для проведения влагалищного исследования, гинекологического осмотра, наружного акушерского исследования с использованием приемов Леопольда-Левицкого. Имеются также тренажеры для отработки практических навыков по ушиванию промежности, оценке степени раскрытия шейки матки в родах, осмотру и пальпации молочных желез. Одними из современных симуляторов

Репозиторий ГрГМУ

являются тренажер лапароскопических оперативных вмешательств и гистероскопических процедур [1, 2].

Следует отметить, что наряду с акушерством и гинекологией, многие другие дисциплины студенты осваивают легче и с большим интересом на виртуальном тренажере для выполнения ультразвукового исследования.

Одним из главных преимуществ новейшего оборудования является то, что оно имеет систему обратной связи, что позволяет решать сложные клинические ситуационные задачи.

Установлено, что независимо от выбранной специальности все студенты и врачи-ординаторы должны владеть основными приемами по оказанию неотложной помощи: базовой сердечно-легочной реанимации, аспирации желудочного содержимого, восстановления дыхательной проходимости, гемостаза и наложения сосудистого шва, перикардиоцентеза и т.д.

Однако практика показывает, что успех овладения практическими навыками зависит не только от многократных повторений, но и от слаженной командной работы, способности работать вместе в единой бригаде. Таким образом, важно обучать студентов правилам коммуникации с медицинским персоналом и пациентами.

Цель исследования: определить наиболее эффективные методы обучения молодых специалистов-медиков.

Материал и методы исследования: проводились результаты исследования уровня подготовки молодых специалистов-медиков. С этой целью применялись такие способы аттестации, как компьютерное тестирование, устный ответ, решение ситуационных задач и работа у постели больного.

Результаты и их обсуждение:

В исследовании приняло участие 354 молодых медицинских специалиста, из них 61% участников оказались студентами 6 курса со средним баллом в дипломе 9,06 по 10-тибалльной системе, а 39% участников были выпускниками медицинских ВУЗов.

Результаты компьютерного тестирования показали, что большинство студентов и молодых врачей необходимую информацию запоминают механически, не применяя логического мышления. Данный факт свидетельствует о недостаточной эффективности используемого метода аттестации.

Устный ответ 76% опрошенных продемонстрировал достаточно высокий уровень теоретической подготовки, что позволило приступить к практическому вопросу и ожидать такого же результата. Однако, при работе с ситуационными задачами, в которых необходимо было поставить диагноз и назначить лечение, молодые специалисты продемонстрировали невероятный результат: только 8,5% виртуальных пациентов остались в живых, все остальные «умерли» от неграмотно поставленного диагноза и, соответственно, от неадекватной терапии.

Репозиторий ГрГМУ

Данные результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень практической подготовки студентов и врачей-интернов не так высок, как было ожидаемо. Следовательно, для решения сложившейся ситуации необходимо разрабатывать новые образовательные программы на основе компетентностной модели.

Данные задачи решаются благодаря внедрению в образовательный процесс симуляционных технологий, которые имеют ряд преимуществ. Во-первых, симуляционное оборудование позволяет проводить реалистичное обучение студентов и врачей без риска для пациентов и преподавателей. Во-вторых, длительность учебного процесса не ограничена. Нет зависимости от графика работы клиники или от наличия пациента с данным заболеванием. Немаловажное значение имеет такое преимущество, как повторяемость, поскольку количество повторов выполнения манипуляции или операции, решения диагностических или клинических задач не ограничено. Более того, современные тренажеры позволяют отрабатывать тактику ведения пациентов в редких случаях или при смертельно опасных манипуляциях или вмешательствах. При этом студенты не боятся ошибиться, так как знают, что в случае неудачи ничего опасного не произойдет в реальной жизни. Это позволяет впоследствии выполнять даже сложные и высокотехнологичные медицинские вмешательства в клинике без стресса.

Следует отметить, что большинство симуляторов и тренажеров способны самостоятельно оценивать последовательность действий и правильность выполнения манипуляции, что важно в объективизации оценки практического мастерства на экзамене у студентов или на аккредитации у выпускников.

Выводы:

1. Применение консервативного метода обучения студентов медицинских ВУЗов позволяет достичь достаточно высокой оценки теоретических знаний, однако применение их на практике является неэффективным, поскольку правильность выполнения практических навыков не превышает 8,5%.

2. Использование симуляционных технологий в обучении наряду с многократной тренировкой практических навыков на тренажерах-симуляторах позволяет не только укрепить теоретическую базу у студентов, но и совершенствовать практическую подготовку и сформировать необходимое врачу клиническое мышление.

Литература

1. Горшков, М. Д. Симуляционный тренинг по малоинвазивной хирургии: лапароскопия, эндоскопия, гинекология, травматология-ортопедия и артроскопия / М. Д. Горшков, под ред. акад. Кубышкина В. А., проф. Свистунова А. А. – РОСОМЕД. – Москва, 2017. – 215 с.
2. Гутикова, Л. В. Алгоритм овладения практическими навыками по акушерству и гинекологии в лаборатории практического обучения : учебно-методическое пособие для студентов лечебного факультета и факультета иностранных учащихся (русский язык обучения) / Л. В. Гутикова, Т. В. Янушко, Н. А. Смолей. – Гродно : ГрГМУ, 2015. – 172 с.

Репозиторий ГрГМУ

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Солонец Г. В.

Гомельский государственный медицинский колледж, г. Гомель, Республика Беларусь

Резюме. В работе представлена история становления и этапы развития санитарной службы Гомельской области от истоков до наших дней.

Ключевые слова: санитарная служба, государственный санитарный надзор, санитария, санитарно-противоэпидемическая работа.

HISTORY OF FORMATION OF SANITARY MEDICINE OF THE GOMEL REGION

Solonets G. V.

Gomel State Medical College, Gomel, Belarus

Summary. The article tells about the history of the development of the sanitary-anti-epidemic service of the Gomel region.

Key words: sanitary service, state sanitary supervision, sanitary and hygienic measures, anti-epidemic measures.

Светлой памяти моего отца Солонца В. К.
Г. В. Солонец

В современных условиях социально-экономического развития государственный санитарный надзор Республики Беларусь реализует задачи, поставленные Главой государства, Советом Министров, Министерством здравоохранения.

Их выполнение требует максимального профессионализма в работе по всей вертикали службы, полной отдачи и консолидации усилий, эффективного использования научного, кадрового потенциала, материально-технических и финансовых ресурсов.

А начиналось развитие санитарно-эпидемиологического дела в Белоруссии с введения приказов общественного призрения в Могилеве и Полоцке (1781), в Минске (1796), в Витебске (1802). С 1797 г. функционировали губернские и уездные врачебные управы.

На путях движения воинских контингентов для «предотвращения заразительных болезней» возникали карантинные учреждения. В селениях государственных и удельных крестьян в ряде сельских населенных мест учреждались больницы для крестьян.

В период 1801-1803-1824 гг. по инициативе отдельных врачей, местных оспенных комитетов с помощью Вольного экономического общества внедрено оспопрививание по методу Дженнера. Со стороны городовых, уездных врачей и отдельных «войсковых лекарей» проявился интерес к составлению медико-

Репозиторий ГрГМУ

физических, медико-топографических описаний уездов, отдельных городов и местечек Белоруссии.

В 1903 году впервые законодательно оформилась обязанность местных органов управления земским хозяйством «попечения об улучшении в уездах санитарных условий и предупреждения эпидемических болезней».

14 марта 1911 года царским правительством введены выборные земства в Витебской, Минской и Могилевской губерниях.

Земские управления и обратили внимание на причины высокой заболеваемости. Поощряли санитарно-статистические исследования, отпускали некоторые средства на противоэпидемические мероприятия, содержание отдельных санитарных врачей и санитарных учреждений. В губернских центрах и ряде уездов вводили должности земских санитарных врачей, учреждали медико-санитарные советы, открывали санбаклаборатории, пастеровские станции, дезинфекционные камеры и т. д.

После Октябрьской революции начался этап утверждения советского здравоохранения. При Советах рабочих, солдатских и крестьянских депутатов создаются здравотделы, а в их составе санитарно-противоэпидемическая служба (санэпидподотделы).

1 января 1919 г. «Манифестом Временного революционного рабоче-крестьянского правительства Белоруссии» было провозглашено создание Белорусской Советской Социалистической Республики, а 20 января 1919 года был учрежден Народный комиссариат здравоохранения БССР с санитарно-эпидемиологическим отделом. Последний возглавил всю санитарно-противоэпидемическую работу в республике.

Основное направление деятельности вновь созданной санитарной организации, как и всего советского здравоохранения – профилактическое направление – было определено в программе Коммунистической партии, принятой в марте 1919 г. на VIII съезде, в которой, в основу своей деятельности по охране народного здоровья партия положила, прежде всего проведение широких оздоровительных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний.

В 1920-1921 гг. был открыт ряд санитарно-бактериологических лабораторий, домов санитарного просвещения в Минске, Витебске, Гомеле, Могилеве, Климовичах, Полоцке.

Первый дом санитарного просвещения в СССР был открыт в марте 1920 года в Гомеле.

Важнейшим документом для санитарно-эпидемиологической службы страны стал Декрет Совета народных комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики» от 15 сентября 1922 года, который определил задачи и структуру санэпидслужбы, ее права и обязанности, подтвердил ее государственный характер. Этим декретом было положено начало созданию специализированных санитарно-профилактических учреждений.

29 октября 1922 года в присутствии представителей губернских, уездных партийных, советских, профсоюзных организаций, газет «Полесская правда» и

Репозиторий ГрГМУ

«Новая деревня» и подведомственных Гомельскому губернскому отделу здравоохранения медицинских учреждений в Гомеле в торжественной обстановке состоялось открытие первого в Советском Союзе комплексного санитарно-эпидемиологического учреждения – Гомельской санитарной станции им. 5-й годовщины Октябрьской революции.

Инициатива создания Гомельской санэпидстанции принадлежала видному организатору санитарного дела и здравоохранения Белоруссии, бывшему заведующему санитарно-эпидемиологическим отделом Гомельского губздравотдела К. Ю. Кононовичу (1872-1954).

По замыслу К. Ю. Кононовича, новое санитарное учреждение должно было объединить санитарную и противоэпидемическую работу, комплексировать разрозненные учреждения санитарного профиля и являться оперативной, производственной и научной базой санитарной организации в сфере оздоровления труда и быта населения, а также борьбы с инфекционными заболеваниями.

Основным учреждением, положившим начало созданию Гомельской санэпидстанции, следует назвать химико-бактериологическую лабораторию, образованную в феврале 1921 года на базе 4 национализированных частных химико-бактериологических кабинетов и городской лаборатории.

Для размещения санитарной станции местными властями были отведены помещения бывшей больницы приказа общественного призрения, которые при материальной помощи и содействии губернской чрезвычайной противохолерной комиссии удалось капитально отремонтировать и предоставить для структурных подразделений санэпидстанции: химико-бактериологической лаборатории, стационарного дезинфекционного пункта на 4 дезкамеры, прививочного пункта, изоляционной квартиры на 10 коек, санитарно-дезинфекционного транспорта.

В последующем Гомельская санэпидстанция пополнилась новыми структурными подразделениями и питомником для лабораторных животных.

В 1927 году было осуществлено дальнейшее расширение санэпидстанции. Создано отделение профессиональной гигиены, работники которого осваивали лабораторные и инструментальные исследования метеофакторов, освещения и воздушной среды на промышленных предприятиях города.

Увеличение количества структурных частей санэпидстанции сопровождалось расширением штата её сотрудников. Начав в 1922 году деятельность в составе 5 врачей, в 1927 году она уже имела в штате 7 санитарных врачей и врачей-эпидемиологов, 2 врачей-гигиенистов химиков, 2 кандидатов естественных наук, многочисленный средний медицинский и вспомогательный технический персонал.

Штатные возможности позволили Гомельской санэпидстанции первой в 1924-1925 гг. перейти на дифференцированное обслуживание населения по отдельным специальностям санитарного дела (пищевая, коммунальная, школьная санитария).

Репозиторий ГГМУ

Отсутствие в 20-х годах централизованного снабжения дезинфекционным оборудованием медицинских учреждений потребовало от работников санэпидстанции налаживания производства дезинфекционных камер.

В 1928 году сотрудниками санэпидстанции была сконструирована передвижная разборная сухожаровая дезкамера «Ливмар-1» и организовано массовое производство этих камер для нужд республики. В начале 30-х годов дезкамера была усовершенствована и переведена на конную тягу («Ливмар-4»).

Впервые в практике санитарно-эпидемиологических учреждений на Гомельской санэпидстанции была создана передвижная дезремонтная бригада по установке и ремонту дезинфекционной техники. Новаторская деятельность станции послужила хорошим примером для других санитарных учреждений в республике и за её пределами.

Организованная в 1922 году как городское санитарное учреждение, Гомельская санэпидстанция через короткое время стала организационно-методическим центром по руководству санитарно-эпидемиологическим делом в масштабе всей Гомельской губернии.

В феврале 1923 года прошел II губернский съезд санитарных врачей, сыгравший большую роль в развитии санитарно-эпидемиологической службы в губернии и определивший основные направления в деятельности санитарной организации.

Съезд выдвинул перед органами санитарного надзора «ответственную обязанность предупредительного санитарного надзора», указав, что предупредительный санитарный надзор должен распространяться не только на городские «промышленные заведения, как в отношении построек, так и их оборудование и самого производства в них», но и на сельскую местность, «способствуя насаждению гигиенических сельских жилищ, гигиенического водоснабжения и правильного обезвреживания отбросов». Съезд указал на необходимость «продолжать насаждение в губернии в наиболее заселенных пунктах её специальных дезтранспортных бюро или станций по типу уже имеющихся в городе Гомеле и отчасти в Могилеве».

Таким образом, в деятельности Гомельской санэпидстанции уже в 20-х годах практически осуществлялась идея синтезирования в одном санитарном учреждении 2 видов санитарного надзора – текущего и предупредительного.

Недостаток санитарных кадров и отсутствие материально-технической базы в сельских районах БССР вынудили органы здравоохранения республики в 30-х годах возложить санитарное обеспечение этих районов на межрайонные санэпидстанции. В связи с этим Гомельская санэпидстанция была реорганизована в межрайонную, к которой было прикреплено для санитарно-эпидемиологического обслуживания 8 сельских районов. Расширены её штаты, созданы постоянно действующие штатные отряды – 2 противоэпидемических, дезинфекционные и прививочные. Санэпидстанция пополнилась специальной передвижной санитарной техникой (автосанбаклаборатория, автодезкамеры. душевые установки и пр.), автотранспортом.

Репозиторий ГрГМУ

В этот же период, а именно в 1934 году, с целью обеспечения страны санитарными кадрами, в Гомельском медицинском политехникуме (тогда такое название носил Гомельский государственный медицинский колледж), состоялся первый выпуск санитарных фельдшеров – 21 специалисту была присвоена квалификация «Помощник санитарного врача» с правом профилактической работы в БССР и СССР. В 1934 году был издан правительственный указ о продлении срока обучения в медицинском политехникуме до трех лет. А набранные в 1933 году две группы окончили санитарно-фельдшерское отделение и были выпущены в количестве 80 человек в июне месяце 1936 года. Это был второй выпуск. В период с 1934 по 2015 гг. из стен Гомельского медицинского колледжа было выпущено 2684 специалиста (фельдшеров – гигиенистов – эпидемиологов) для работы в системе государственного санитарного надзора Республики Беларусь.

В 1939 году из состава Гомельской межрайонной станции была выделена городская, а сама межрайонная реорганизована в областную.

В годы немецко-фашистской оккупации Гомельская санэпидстанция была уничтожена, помещения её сожжены, материальные ценности разграблены.

Сразу же после освобождения Гомеля от гитлеровских захватчиков в 1943 году началось восстановление Гомельской областной и городской санэпидстанций.

В первые послевоенные годы деятельность восстановленных учреждений была подчинена основной задаче – ликвидации санитарных последствий войны и оккупации. Коллективы санэпидстанций в тяжелейшей обстановке с честью справились с порученным делом и внесли неоценимый вклад в дело санитарного возрождения и оздоровления Гомельской области.

В последующие годы благодаря усилиям главных врачей Жолквера М. И. (1941-1950), Якубовича А. Г. (1950-1963), Солонца В. К. (1963-1975), Хулап З. А. (1976-1989), Ключеновича В. И. (1989-2001), Нараленкова В. А. (2001-2011) санитарно-эпидемиологическая служба области превратилась в мощную, хорошо оснащенную сеть профилактических учреждений.

В настоящий момент Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья является современной организацией, ведущей многопрофильную санитарно-противоэпидемическую работу среди населения области.

Профессиональный состав представлен в основном специалистами медико-профилактического профиля, способными обеспечить на подконтрольных территориях всю полноту организации решения задач, стоящих перед государственным санитарным надзором.

В учреждении сохранены глубокие исторические и трудовые традиции.

Литература

1. Беляцкий, Д. П. Развитие санитарного дела в Белорусской ССР. (Историко-теоретический очерк). – Мн.: Белсовпроф. 1966.-70 с.

Репозиторий ГрГМУ

НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОВИЗОРА М. С. ОРЛИСА В КОНЦЕ XIX В. – НАЧАЛО XX В.

Сосонкина В. В.

РУП «БЕЛФАРМАЦИЯ», г. Минск, Республики Беларусь

Резюме. Статья посвящена жизненному и профессиональному пути провизора М. С. Орлиса.

Ключевые слова: М. С. Орлис, XIX век, биография, практическая деятельность.

SCIENTIFIC AND PRACTICAL ACTIVITY OF PROVISOR M. S. ORLIS AT THE END OF THE XIX CENTURY – THE BEGINNING OF THE XX CENTURY

Sosonkina V. V.

RUE "BELPHARMACY", Minsk, Republic of Belarus

Summary. The article is devoted to the life and professional investigations of provizor M. S. Orlis.

Key words: M. S. Orlis, XIX century, biography, practical activity.

В Беларуси в разное время жило и работало немало фармацевтов, заслуги которых нуждаются в сохранении. Среди них Марк Самуилович Орлис.

М. С. Орлис родился 1 декабря 1866 г. в г. Гродно. Воспитывался в Гродненской гимназии, потом продолжил учебу в Радомской мужской гимназии, которую окончил 14 июля 1887 года.

Начиная с мая 1889 года, служил в пяти частных аптеках в различных губерниях Российской империи в качестве аптекарского ученика, в том числе почти два года в аптеке провизора Л. Г. Штейнберга в Брест-Литовске Гродненской губернии.

20 мая 1893 г. успешно сдал экзамены в Харьковском университете и получил звание аптекарского помощника. Потом работал в пяти вольных аптеках Гродненской губернии: вдовы провизора Нестеровича в Гродно, провизора Л. Г. Штейнберга, жены провизора Марии Галицкой в Брест-Литовске и в других аптеках [1, л. 5-7].

С 18 октября 1895 года по 3 марта 1899-го М. С. Орлис учился в Берлинском фармацевтическом институте и получил степень кандидата фармации (в России приравнивалось к званию провизора).

За период учебы в Берлине М. С. Орлис подготовил монографию под названием «Краткий курс «Судебная химия». Рецензировал ее профессор

Репозиторий ГрГМУ

Московского университета В. А. Тихомиров. Монография прошла цензуру в установленном порядке и издана в 1899 году в г. Москва.

Научный труд М. С. Орлиса представляет собой краткий курс по судебно-химическим исследованиям и предназначался для студентов, проходящих академический курс обучения, а также для провизоров-практиков.

При подготовке книги он использовал 10 источников, два из них русских – курс фармации В. А. Тимомирова и Российскую фармакопею 4-го издания (1891).

В его труде указано не менее 44 веществ и препаратов, имеющих широкое применение в медицине и технике. Причем он не ограничивался описанием лишь физических и химических свойств и их реакцией. М. С. Орлис изложил также историю их происхождения, год открытия, способ приготовления, физиологические отравления, абсорбцию, противоядие, максимальные дозы и их количественное определения [2, 11-194].

Возможно, этой книгой пользовались и белорусские фармацевты в дореволюционный период (1917). В то время многие магистры фармации и провизоры проводили по поручению местных врачебных управлений химико-судебные исследования.

На основании циркуляра медицинского департамента Министерства внутренних дел России от 1 августа 1889 г. № 5814 с разрешения губернского врачебного отделения создавались при аптеках химико-бактериологические кабинеты. В конце XIX в. – начало XX в. такие кабинеты открыли в г. Гродно провизоры К. Ц. Каган, А. С. Сонгин, И. З. Любич; в г. Брест-Литовск – Л. Г. Штейнберг; в г. Климовичи Могилевской губернии – Ю. Лурьи; в г. Витебск – магистр фармации Рейдемейстер; в г. Минск – магистры фармации Г. О. Габрилович, А. О. Коварский, И. И. Найдус и провизоры Л. И. Гинзбург, И. И. Грозовский, И. А. Гранат, Г. Б. Шмуйлович; в г. Пинск – провизор Б. ШЮ Геронимус (женщина) [3, с. 67].

После получения высшего фармацевтического образования за границей М. С. Орлис возвратился в Гродно и влился в жизнь местного фармацевтического сообщества. Активно подключился к подготовке материалов к 3-ему Всероссийскому фармацевтическому съезду, который начал свою работу 30 декабря 1899 г. в г. Москва.

Организационный комитет съезда под председательством В. А. Тихомирова подготовил проект программы, которая направлена во все губернии России для внесения предложений в нее и выступления с докладами. Этот съезд отличался от двух предыдущих тем, что на него приглашены не только владельцы аптек, но и фармацевты-служащие.

Гродненские фармацевты получили от гродненской полиции разрешение на учреждение в квартире статского советника Макарского заседаний для подготовки к съезду. Первое заседание проведено в квартире 20 августа 1899 г. в 9 часов вечера, на котором председателем собрания избран управляющий аптекой военного госпиталя Макарский, а секретарем М. С. Орлис. На заседании принято решение приглашать на очередные заседания всех

Репозиторий ГрГМУ

фармацевтов губернии в лице владельцев аптек, управляющих и фармацевтов-дрогистов. Кроме того, решили разослать по губернии проект программы съезда и «вопросные листы» в среднем на каждую нормальную аптеку по 5 экземпляров и установили дату их возвращения – до 31 августа 1899 г. К этому сроку мало поступило ответов. Многие владельцы аптек умышленно скрыли от своих служащих «вопросные листы». Вторичное обращение гродненских фармацевтов к своим коллегам было опубликовано в «Гродненских губернских ведомостях». По состоянию на 3 августа поступили ответы от 80 фармацевтов из 39 населенных пунктов [4, с. 2-8].

В то время в Гродненской губернии имелось 70 аптек, в том числе 35 аптек нормальных (с правом изготовления лекарств) [5, с. 21-23].

Не были получены ответы на отправленные «вопросники» из 20 населенных пунктов. Причины были разные – временное закрытие аптек из-за их убыточности, неполучение вопросных листов и проч.

Поступившие вопросные листы рассмотрены на четырех заседаниях и выработаны предложения для внесения в программу предстоящего съезда.

На заседаниях наибольшее представительство от фармацевтов было от г. Гродно, г. Белосток и г. Брест-Литовск, а от остальных городов и местечек по 1-2 человека.

На собрании фармацевтов Гродненской губернии было избрано два делегата на этот съезд – М. Орлис и Л. Ботковский [4, с. 8, 9,31,36,39].

По поручению фармацевтической общественности М. С. Орлис подготовил на съезд доклад, который был отпечатан в гродненской губернской типографии. В нем отражалась большая подготовительная работа фармацевтов Гродненской губернии и предложения в программу съезда. В частности, сокращение рабочего дня до 10 часов; поочередное с владельцами дежурства в ночное время при малочисленном штате аптеки; предоставление служащим выходного на 5-й день; усиление со стороны фармацевтических инспекторов контроля за деятельностью практикантов в аптеках и аптечных складах; предоставление женщинам-фармацевтам права управления аптеками в государственной службе наравне с мужчинами; введение 4-хлетнего высшего фармацевтического образования; учреждение фармацевтических институтов; уменьшение ученической практики до двух лет; ликвидация практики аптекарского помощника и самого этого звания; установление более строгой ответственности за приготовление и отпуск из аптечных складов галеновых препаратов и лекарств по рецептам врачей; запрещение фельдшерам и сестрам милосердия прохождения фармацевтической практики в земских, правительственных, общественных и частных лечебных учреждениях; упразднение москательных лавок; запрещение аптекам отпускать лекарства по рецептам фельдшеров; учреждение при медицинском департаменте МВД аптечного совета, а при губернских врачебных правлений – фармацевтических инспекций; другие предложения [4, с. 40-44].

Два труда М. С. Орлиса находятся в фондах Российской Национальной библиотеки (г. Москва).

Репозиторий ГрГМУ

В середине 1900 года М. С. Орлис выкупил сельскую аптеку в м. Зельва Волковысского уезда Гродненской губернии у дворянина С. Г. Ходаковского, управляемую провизором О. И. Паноцким [1, л.1].

В 1911 году после продажи аптеки в м. Зельва, приобрел аптеку в г. Лепель Витебской губернии у наследников провизора Иогихеса, управлял которой провизор Ф.И. Дрейер [6 л. 105-108].

После установления в г. Лепель советской власти и проведенной национализации аптека со всем имуществом перешла в государственную собственность. В связи с острым недостатком фармацевтических специалистов, М. С. Орлис был оставлен в должности управляющего аптекой. Аптека получила название – лепельская 1-я советская аптека [7, л. 3-4].

Здесь же в качестве практикантки работала и его жена Равекка Абрамовна (она не имела фармацевтического образования и занималась реализацией товаров безрецептурного отпуска). Оба были членами Лепельского отделения союза «Всемедикосантруд» [8, л. 3-4].

Пока не установлено, какое время М. С. Орлис работал в лепельской аптеке и его дальнейшая судьба. Нами совместно с его родственниками продолжается исследование.

Литература

1. Государственный архив Гродненской области. – Ф. 100. Д. 131.
2. Орлис, М. С. Краткий курс. Судебная химия / М. С. Орлис. – Москва: Л. Н. Кушнер К^{0}, 1900. – 210 с.
3. Сосонкина, В. Ф. Фармацевтическое дело в Беларуси / В. Ф. Сосонкина. Минск, 2014. – 130 с.
4. Орлис, М. С. Доклад фармацевтов Гродненской губернии / М. С. Орлис. Гродно, 1899. – 44 с.
5. Российский медицинский список на 1899 год. – Санкт-Петербург, 1899.
6. Национальный исторический архив Беларуси. – Ф. 2513. Оп. 2. Д. 1799.
7. Государственный архив Витебской области. – Ф. 64.Оп. 2. Д. 260.
8. Государственный архив Витебской области. – Ф. 64. – Оп. 2. – Д. 261.

К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЛИДИИ ИЛЛАРИОНОВНЫ ГОКИНАЕВОЙ, ОДНОГО ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ГРОДНЕНЩИНЫ

Хворик Д. Ф., Конкин Д. Е., Барцевич И. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Данная публикация посвящается 115-летию со дня рождения одного из выдающихся ученых Гродненщины, профессору Лидии Илларионовне Гокинаевой.

Ключевые слова: Лидия Илларионовна Гокинаева, дерматовенерлогия, Гродненщина.

Репозиторий ГрГМУ

TO THE 115-TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR LYDIA ILLARIONOVNA GOKINAEVA, AS A ONE OF THE FOUNDERS OF DERMATOVENEROLOGY IN GRODNO REGION

Khvoryk D. F., Konkin D. E., Bartsevich I. G.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. This publication is dedicated to the 115-th anniversary one of the greatest scientists of Grodno region, Professor Lydia Illarionovna Gokinaeva.

Key words: Lydia Illarionovna Gokinaeva, Dermatovenereology, Grodno.

История Гродно всегда славилась именами талантливых врачей и ученых-медиков. Вспомним тот факт, что первое анатомо-патологическое вскрытие в Восточной Европе тела короля Стефана Батория, скончавшегося в 1586 году, состоялось в городе над Неманом, или деятельность с 1775 по 1781 годы в Гродно медицинской школы. И как логическое продолжение – появление в 1958 году Постановления Совета Министров БССР и Приказа Министерства здравоохранения БССР об организации в Гродно государственного медицинского института с приемом на 1958-1959 учебный год 250 учащихся. Это были первые студенты ныне одного из авторитетнейших вузов страны – Гродненского государственного медицинского университета.

В формировании профессорско-преподавательского корпуса института участвовали ученые и врачи из множества Союзных республик бывшего СССР – России, Украины, Прибалтики, Средней Азии. Материально-техническую помощь оказали медицинские институты Минска и Витебска, немало специалистов из этих вузов перебрались для работы в Гродно. Причем отбор проходил на конкурсной основе с повышенной требовательностью к кандидатам. На работу в создаваемый вуз приходили люди, имевшие большой медицинский стаж, прошедшие войну.



Кафедра дерматовенерологии не без основания гордится выдающимся ученым, по сути, создателем, данной кафедры – доктором наук, профессором Лидией Илларионовной Гокинаевой.

Первый заведующий кафедрой тогда еще кожно-венерических болезней Гродненского медицинского института Лидия Илларионовна Гокинаева родилась 5 апреля 1905 г. в деревне Мезга, в Вологодской области.

Репозиторий ГрГМУ

Биография этой потрясающей женщины, в своем стремлении к знаниям сопоставима с энциклопедистами прошлых веков, вполне может быть гордостью не только кафедры дерматовенерологии, а всего Гродненского государственного медицинского университета, и при этом послужить основой для сюжета увлекательнейшего романа или кинофильма.

Окончив педагогический техникум на Вологодчине, Лидия Илларионовна работала учителем начальной школы и воспитательницей в детском доме, затем поступила в Ленинградский институт физической культуры имени П. Ф. Лесгафта. После его окончания, Лилия Илларионовна работала заведующей кафедрой физической культуры Восточного института им. А. Енукидзе, а в 1933 г. стала студенткой 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова, который окончила с отличием и, не остановившись на достигнутом, продолжила образование в аспирантуре на кафедре кожных и венерических болезней у академика Ольги Николаевны Подвысоцкой. Во время Великой Отечественной войны Лидия Илларионовна работала хирургом в блокадном Ленинграде – там и тогда от каждого медика, какой бы он ни был квалификации и специализации, требовалась помощь раненым бойцам: доктор, значит, оперируй! Чудом пережила жуткий, неслыханный в истории человечества голод блокады. Медаль «За оборону Ленинграда» доктор Гокинаева носила с особой гордостью, но как многие, пережившие военную трагедию, не любила об этом говорить.

После эвакуации в 1942 г., Лидия Илларионовна заведовала кожно-венерологическим диспансером, а с 1946 г. продолжила работу на кафедре дерматологии в Ленинграде. В 1949 г. Лидия Илларионовна защитила кандидатскую диссертацию, посвященную этиологии, эпидемиологии и патогенезу пузырчатки новорожденных, а в 1951 г. ее избрали доцентом кафедры кожных и венерических болезней 1-го Ленинградского медицинского института. В 1962 г. доцент Гокинаева блестяще защитила докторскую диссертацию по теме «Специфическое и неспецифическое действие витамина Д2 на больных туберкулезом кожи», а в 1963 г. – возглавила кафедру кожных и венерических болезней Гродненского государственного медицинского института, которой руководила до 1977 года.

Появление в Гродненском государственном медицинском институте представителя ленинградской интеллигенции сразу обратило на себя внимание. И не только глубокими профессиональными познаниями предмета, которыми обладала первая заведующая кафедрой, но и, в том числе, культурой преподавания. Грамотная, образная, научная и в то же время художественная, впечатляющая речь Лидии Илларионовны увлекала, завораживала студентов. И эту культуру петербургского медика-интеллигента, интеллектуала заведующая кафедрой профессор Гокинаева старалась передать студентам. Профессор-медик, она на своих лекциях, не отвлекаясь от предмета, могла далеко в мир искусства, человеческих страстей увести студенческую аудиторию, читая стихи о любви, с которой так тесно, увы, соседствуют дерматовенерологические болезни. Рассказывая о сифилисе, вопрошала

Репозиторий ГрГМУ

аудиторию, кто из знаменитых художников страдал этой болезнью, изобразив себя на полотне, и студенты поражались, узнавая, что это был всем известный Ван Гог. Услышав, что Конан Дойль не только создал образ детектива Шерлока Холмса, но и описал признаки лепры в одном из своих художественных произведений, студенты узнавали вдруг, что по первой профессии писатель был врачом. А узнав, что Тургенев в рассказе «Живые мощи» дал описание системной склеродермии, студенты яснее понимали что такое – художественный реализм. На лекции профессора Гокинаевой студенты спешили, как жаждущий путник стремится в пустыне к источнику влаги, не в обиду будь сказано всем остальным преподавателям.



По инициативе профессора Гокинаевой были созданы студенческое, областное и городское научные общества дерматовенерологов. В 1965 году при кафедре были открыты аспирантура и клиническая ординатура. С избранием Л. И. Гокинаевой заведующей кафедрой научные исследования были направлены на изучение обмена веществ у больных псориазом, распространенным дерматозом среди жителей Беларуси. Изучались углеводный, белковый и липидный обмены, активность кислой и щелочной фосфотаз в сыворотке крови больных чешуйчатым лишаем. Также было проведено исследование состояния соединительной ткани у больных псориазом, и впервые была применена лидаза для лечения этого дерматоза. Проводилось комплексное лечение больных псориазом сирепаром и гепарином с учетом функционального состояния печени у больных. Под руководством профессора Л. И. Гокинаевой были защищены 6 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ею написаны более 100 научных работ по многим разделам дерматовенерологии. Много внимания она уделяла учебно-методической работе. С 1967 г. стали проводиться научно-практические конференции клинических врачей по отделам дерматовенерологии. По инициативе профессора Л. И. Гокинаевой на базе кафедры был организован Республиканский семинар по глубоким и поверхностным микозам для врачей

Репозиторий ГрГМУ

санэпидстанций и главных врачей диспансеров республики с выставкой культур с возбудителями глубоких микозов, показом тематических кинолент, клиническими разборами пациентов и практическими занятиями в микологической лаборатории. Под её руководством сотрудники кафедры участвовали в проведении семинаров с медицинскими работниками промышленных предприятий по вопросам профилактики гнойничковых и профессиональных заболеваний. По инициативе Л. И. Гокинаевой на базе кафедры и областного кожно-венерологического диспансера была проведена III Республиканская научная конференция дерматологов, в которой участвовало более 100 врачей. По её инициативе на кафедре был создан один из лучших в Республике муляжный музей для обучения студентов. Около 100 муляжей были сделаны с пациентов, лечившихся в клинике.

Учитывая огромную научную и организаторскую работу, проведенную Лидией Илларионовной, её по праву можно назвать основателем кафедры. Умерла и похоронена легендарная Лидия Илларионовна в Гродно. Это человек, которым кафедра дерматовенерологии будет гордиться всегда. В 2020 году отмечается 115-летний юбилей со дня рождения Л. И. Гокинаевой.

Литература

1. Гакінаева Лідзія Іларыёнаўна // Беларуская энцыклапедыя: У 18 т. Т. 5: Гальцы – Дагон / Рэдкал.: Г. П. Пашкоў і інш. – Мн.: БелЭн, 1997. – 576 с. – С. 441.
2. Здравоохранение Беларуси: знаменательные и юбилейные даты. 2010 год / Сост. Н. Ф. Змачинская, Н. С. Шумин. – Минск: РНМБ, 2010. – 177 с.(руск.).

ЛИЧНОСТЬ СТУДЕНТА МЕДИКА: РОЛЬ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Хильмончик Н. Е. Кузнецов О. Е.

Городенский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Университет медицинских наук в Белостоке, Белосток, Польша

Резюме. Основополагающим звеном воспитания является социально-исторический опыт, который формирует гармоничную и всесторонне развитую личность. Курс истории медицины раскрывает закономерности становления и развития врачевания

Ключевые слова: личность, история медицины, самоопределение.

Репозиторий ГрГМУ

STUDENT PERSONALITY: THE ROLE OF HISTORY OF MEDICINE

Chilmonchik N. E. Kuznetsov O. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
University of Medical Sciences in Bialystok, Bialystok, Poland

Summary. The fundamental link in education is the socio-historical experience, which forms a harmonious and comprehensively developed personality. The course of the history of medicine reveals the laws of formation and development of the basics of therapy.

Key words: personality, history of medicine, self-determination.

В современном мире равноценными составляющими образования являются воспитание, обучение и развитие. Задача образования – создание условий для самоопределения студента в пространстве современной культуры, которые раскрывают творческий потенциал его личности, показывают ценностные ориентации и формируют нравственные качества в профессиональной и общественной деятельности. Также неотъемлемой частью является подготовка специалиста, способного к постоянному самосовершенствованию.

Основополагающим звеном воспитания является мировой социально-исторический опыт, который формирует гармоничную и всесторонне развитую личность, способную проявлять инициативу, как в своей профессиональной деятельности, так и в социальной сфере современного общества, личность, осознающую нравственные ценности [1].

Исторически сложившийся тип воспитания при первобытной культуре основан на ориентации молодого поколения на воспроизводство деятельности взрослых и носит коллективный характер.

Становление цивилизации привело к необходимости применения иного типа воспитания, детерминированного социальным и экономическим неравенством, разделением труда, а, следовательно, и к формированию иных педагогических задач.

Белорусское воспитание сложилось под влиянием традиций западной культуры, накладываясь на национальные особенности и специфику социально-исторического развития Белорусского государства, пережившего экономические и политические катаклизмы, что нисколько не помешало формированию образовательных систем.

История медицины, являясь частью общетеоретического блока фундаментальных дисциплин, выступает в качестве пропедевтической дисциплины, объединяя не только дисциплины учебного плана в рамках специальности, но и на разных уровнях высшего медицинского образования. Зачастую у студентов первого курса возникает неверное представление о своей специальности. Отсюда следует неправильное понимание отдельных

Репозиторий ГрГМУ

дисциплин в процессе их освоения и, соответственно, выпадение важнейшего звена из формируемого багажа знаний специалиста.

История медицины конкретизирует представление студентов-медиков о будущей специальности, повышает уровень как общей гуманизации, так и профессиональной культуры, а также формирует морально-этические принципы предстоящей врачебной деятельности. Изучение долгого и сложного пути становления и развития медицины помогает будущим специалистам поставить опыт предков на службу настоящему.

Курс истории медицины раскрывает закономерности становления и развития врачевания с древнейших времен и до наших дней. Происхождение этой науки заложено в потребности человечества бороться за жизнь и сохранение здоровья.

Помимо изучения основных этапов становления и развития врачевания в различных странах мира, серьезное внимание уделяется ознакомлению будущих врачей с историей здравоохранения Беларуси. Одно из первых занятий отводится на ознакомления студентов с музеем ВУЗа, что позволяет сформировать представление о роли и месте университета в системе здравоохранения региона и Белапуси.

В преподавании данного предмета необходимо рационально использовать справочную подачу материала, поскольку в истории науки следует соблюдать четкую периодизацию, достоверность фактов, которые позволяют проводить анализ мировоззренческих и философских основ мышления врачей.

Лекционный курс построен по хронологическому принципу. В материалах лекций используются труды известных специалистов в области истории медицины и материалы архивов.

При проведении семинарских занятий применяются различные наглядные пособия: стенды, научно-популярные фильмы, мультимедийные презентации.

Для лучшего усвоения материала может быть предложена методика составления учебных кроссвордов. Задача студентов: раскрыть слова, опираясь на материалы, фильмы, входящие в состав учебно-методического комплекса. Основой является вопрос или любое историческое событие, позволяющие дать ответ в одно слово. Данная методика формирует у студентов навыки работы в команде, развивает креативность и оригинальность мышления.

К методам/формам обучения нами отнесены и неигровые варианты: анализ конкретных исторических ситуаций, имитационные упражнения, тренинг и игровые формы: ролевые, проблемно-деловые игры (группа из 5-6 учащихся исследует ситуацию и находит решение самостоятельно, преподаватель лишь способствует этому, но не предлагает готовых решений). Данные формы обучения характеризуются имитацией профессиональной деятельности и использованы в учебном процессе.

Для того, чтобы педагог мог определиться с оптимальным методом обучения конкретного занятия предлагается определенный алгоритм оценки:

- решение о том, будет ли материал изучаться самостоятельно или под руководством педагога;

Репозиторий ГрГМУ

– определение соотношения репродуктивных и продуктивных методов: предпочтение должно отдаваться продуктивным методам;
– определение соотношения индуктивной и дедуктивной логики;
– меры и способы сочетания словесных, наглядных, практических методов;
– решение о необходимости введения методов стимулирования деятельности студентов;
– определение «точек», интервалов, методов контроля и самоконтроля;
– продумывание запасных вариантов на случай отклонения реального процесса обучения от запланированного.

Технологии обучения классифицируются: по направленности действия (студент, преподаватель и т. д.); по целям обучения; по предметной среде; по применяемым техническим средствам (аудиовизуальные, компьютерные, видеокомпьютерные и т. д.); по организации учебного процесса (индивидуальные, коллективные, смешанные); по методической задаче (технология одного предмета, средства, методы) [2]. При организации коллективной работы возникает ряд трудностей организационного, педагогического и социального плана. Чтобы групповая работа по нахождению новых знаний была по-настоящему продуктивной, нужно предложить совместную деятельность – интересную, личностно и социально значимую, общественно-полезную, допускающую распределение функций по индивидуальным способностям.

Для проведения исходного контроля уровня знаний студентов к каждому занятию подготовлены контрольные вопросы. Контроль степени освоения компетенций по дисциплине определяется на семинарских занятиях путем устного опроса. Изучение курса истории медицины завершает промежуточный контроль знаний в форме зачета.

Таким образом, преподавание истории медицины является актуальным и неотъемлемым звеном образовательного процесса медицинского университета, основанного на современных методологических подходах и направленного на формирование мировоззрения бытия своей будущей профессии.

Литература

1. Анисимов В. В., Грохольская О. Г., Никандров Н. Д. Общие основы педагогики // – М.: Просвещение. – 2006. – 11 с.
2. Кузнецов О. Е., Образовательная среда: становление и развитие личности / О. Е. Кузнецов, А. А. Кузнецова // Медицинское образование XXI века: практикоориентированность и повышение качества подготовки специалистов. Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием.– Витебск: ВГМУ, 2018. – с. 48-50.

Репозиторий ГрГМУ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шейбак В. М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. История современной детской хирургии в Беларуси достаточно коротка. В данной статье приведены данные становления детской хирургии на Гродненщине.

Ключевые слова: детская хирургия, Гродно, поликлиника, больница

THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT PEDIATRIC SURGERY IN THE GRODNO REGION

Sheibak V. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article describes the history childrens surgical services in Grodno region.

Key words: pediatric surgery, Grodno, polyclinic, hospital

Долгое время хирургическую помощь детям оказывали те же хирурги, которые лечили взрослых. Однако понимание что ребенок это не маленький взрослый привело к формированию специализированной хирургической помощи детям. Как самостоятельная медицинская специальность, детская хирургия стала развиваться значительно позже.

Особый интерес к детской хирургии в Беларуси стал проявляться только в 50-е годы прошлого столетия.

Первые 0,5 ставки хирурга в детской поликлинике г. Гродно зарегистрированы в 1956 году. Однако, до 1961 года прием детей с хирургическими заболеваниями проводился в поликлиниках для взрослых.

В 1961 году в поликлиническом отделении открывшейся новой детской больницы организован хирургический кабинет, в котором стал работать постоянно детский хирург Иван Никифорович Воронов. В 1963 г. в 1-й поликлинике работали 2 хирурга: И. Н. Воронов и Е. А. Плавник, которую в 1964 году сменила Т. С. Либинсон. В 1967 г. организован консультативный прием детского хирурга в поликлинике Гродненской областной клинической больницы. С течением времени организован прием хирурга во 2-ой детской поликлинике г. Гродно.

В детской поликлинике г. Лида 0,5 ставки хирурга зарегистрированы в 1961 г., прием хирурга начался в 1963 г. (врач В. С. Новичонок). В настоящее

Репозиторий ГрГМУ

время на 1,0 ставку ведет прием Людмила Михайловна Горбаченко. В 1973 г. открыты приемы детского хирурга в детских поликлиниках г. Волковыска (Жданович Н. В.) и Слонима (Адамович Л. И.) на 1,0 ставку. В 1966 г. в 1-й детской поликлинике г. Гродно организован прием ортопеда-травматолога на 0,5 ставки (И. Н. Воронов), в 1973 г. – прием уролога на 0,5 ставки (М. И. Лелявко).

В районах области выделены врачи, ответственные за организацию хирургической помощи детям.

В 1963г. открыто областное детское хирургическое отделение на 30 коек в 1-й городской клинической больнице г. Гродно им. З. П. Соловьева. Заведующий отделением назначен Геннадий Иосифович Войтеховский, ординатором М. М. Зубко. Курацию от кафедры общей хирургии ГрГМИ осуществлял доцент И. Я. Макшанов.

В 1967г. отделение переведено в состав Гродненской областной клинической больницы и расширено до 40 коек. Сменился врачебный состав. Заведовала отделением Н.И.Бояр, ординаторами работали В. Н. Бурачевская и В. А. Морозов, педиатром – Л. Б. Гудеева.

Увеличился значительно приток больных из районов области. В то же время отделение по своей мощности не могло принять на себя полностью оказание детской хирургической помощи детям. Она, как и прежде, оказывалась дежурными больницами по очереди.

Курацию от кафедры госпитальной хирургии осуществлял ассистент, кандидат медицинских наук Б. И. Мацкевич. Он же был назначен внештатным главным детским хирургом отдела здравоохранения Гродненского облисполкома.

В 1967 г. открыто детское хирургическое отделение на 40 коек в г. Лида. Заведующий отделением назначен Альфред Иванович Мисевич. Длительное время возглавлял отделение Иосиф Вацлавович Бартошевич. В настоящее время отделением на 30 коек заведует Яковчик Ю. П.

Для того, чтобы окончательно решить проблему оказания экстренной хирургической помощи детям в 1976 году детское хирургическое отделение переведено в Гродненскую областную детскую клиническую больницу и расширено до 75 коек. Все дети с хирургическими заболеваниями поступали в это отделение. Выполнялись все необходимые сложные оперативные вмешательства. Организовано круглосуточное дежурство по экстренной хирургии. Отделением заведовал вначале В. А. Морозов, а с 1977 г. – Михаил Сергеевич Конюшкевич. Для обеспечения хирургической деятельности была создана группа анестезиологов во главе с Владимиром Михайловичем Белозерцевым.

На базе отделения работал самостоятельный курс детской хирургии ГрГМИ во главе с доцентом Б. И. Мацкевичем, ассистентом работал Г. И. Войтеховский.

В 1982г. в связи с завершением строительства нового корпуса детской больницы произошла реорганизация детской хирургической службы.

Репозиторий ГрГМУ

Организованы 2 отделения по 50 коек (заведующие М. С. Конюшкевич, В. П. Каминский). Выделены койки плановой и экстренной хирургии, гнойной, торакальной хирургии, ожоговые и 20 коек детской урологии.

Организовано отделение анестезиологии и реанимации на 6 коек во главе с Анатолием Наумовичем Кравченко.

В 1985г. курс детской хирургии ГрГМИ трансформирован в кафедру детской хирургии педиатрического факультета. Заведующим избран доктор медицинских наук, профессор Б. И. Мацкевич. Открытие кафедры способствовало улучшению преподавания детской хирургии студентам, стимулировало повышение качества лечебной и научно-исследовательской работы. Первым деканом педиатрического факультета был назначен детский хирург, доцент Войтеховский Г. И.

В 1989г. открыто детское ортопедо-травматологическое отделение на 40 коек в медсанчасти объединения «Азот». Возглавил отделение Владимир Владимирович Лашковский, работающий одновременно ассистентом кафедры детской хирургии. В последующем отделение было переведено в БСМП, в настоящее время в ГОДКБ.

В настоящее время прием детского хирурга ведется в 2-х детских поликлиниках г. Гродно в 2 смены (заведующие хирургическими отделениями Пыш В. В., Бондарева О. И.), в поликлиниках г. Лиды, г. Слонима, г. Волковыска. В этих же поликлиниках ведется прием детского ортопеда-травматолога. В поликлиниках г. Гродно и г. Лида ведется прием детского уролога.

С 1998 года кафедру детской хирургии возглавил доцент Ковальчук В. И., на кафедре работали Мацкевич Б. И., Войтеховский Г. И., Иодковский К. М., Вакульчик В. Г., Губарь В. В., Лашковский В. В., Шейбак В. М., Хмеленко А. В., Новосад В. В., Глуткин А. В., Лютик В. А., Данилик В. К., Салкевич Е. Я.

В 2014 году открыт новый хирургический корпус, в котором разместились отделения плановой и экстренной хирургии (Салкевич Я. Ф., Хмеленко А. В.), травматологии и ортопедии (Сычевский Л. З.), реанимации на 12 коек (Клочко А. И.), а также отделения МРТ, КТ, приемное отделение. Созданы отличные условия для преподавания детской хирургии.

Главным внештатным детским хирургом в разные годы работали Мацкевич Б. И., Ковальчук В. И., Вакульчик В. Г., Хмеленко А. В., Новосад В. В.

В настоящее время весь коллектив клиники детской хирургии нацелен на оказание полноценной специализированной помощи детям с хирургической патологией.

Литература

1. Мацкевіч Б. І. Нарысы сучаснай гісторыі дзіцячай хірургіі на Беларусі. – Гродно, 2009, – 124 с.
2. Лапицкий В. Д., Седренок С. Г. Развитие детской хирургии в Республике Беларусь// Здравоохранение Беларуси, 1992. – №8. – с.53-55.

Репозиторий ГрГМУ

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ ИСТОРИЧЕСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ. ВКЛАД БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ДОСТИЖЕНИЯ МИРОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

АРГАНІЗАЦЫЯ НАВУЧАЛЬНАГА ПРАЦЭСУ Ў СТУДЭНТАЎ МЕДЫКА-ДЫЯГНАСТЫЧНАГА ФАКУЛЬТЭТА НА КАФЕДРЫ ПРАМЯНЁВАЙ ДЫЯГНОСТЫКІ І ТЭРАПІІ

Александровіч А. С., Зіматкіна Т. І.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Рэзюмэ. У працы прааналізавана арганізацыя навучальнага працэсу па радыяцыйнай, экалагічнай медыцыне, прамянёвай дыягностыцы і тэрапіі ў студэнтаў медыка-дыягнастычнага факультэта на кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі.

Ключавыя словы: адукацыя, студэнты, медыка-дыягнастычны факультэт.

ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS FOR STUDENTS OF THE MEDICAL-DIAGNOSTIC FACULTY AT THE DEPARTMENT OF RADIO DIAGNOSTICS AND THERAPY

Aleksandrovich A. S., Zimatkina T. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. In work the organization of the educational process in radiation, environmental medicine, radiation diagnostics and therapy for students of the medical and diagnostic faculty at the department of radiation diagnostics and radiation therapy was analyzed.

Key words: education, students, medical-diagnostic faculty.

Сучасныя асаблівасці практычнай аховы здароўя патрабуюць аптымальнага рашэння ўстановамі адукацыі як бягучых, так і звязаных з перспектывай задач. Дасягненні сучаснай медыцыны і імклівае павелічэнне

Репозиторий ГрГМУ

аб'ёму навуковай і практычнай інфармацыі, значна павышаюць патрабаванні да радыяцыйна-экалагічнай падрыхтоўцы, узроўню навуковых ведаў і навыкаў выкарыстання сучасных метадаў медыцынскай візуалізацыі ў спецыялістаў медыцынскага профілю, у тым ліку медыцынскіх сясцёр з вышэйшай адукацыяй. Таму неабходны працэс актыўнага рэфармавання адукацыі ў медыцынскіх ВНУ на інавацыйнай аснове, якая нацэленая на падрыхтоўку новага ўзроўню спецыялістаў, здольных умела аналізаваць, абагульняць і сістэматызаваць наяўную інфармацыю, генераваць новыя веды і ўкараняць у медыцынскую практыку атрыманыя ў вышэйшай установе веды.

Павышэнне акадэмічнай кампетэнтнасці студэнтаў медыка-дыягнастычнага факультэта па экалагічнай і радыяцыйнай медыцыне, прамянёвай дыягностыцы і прамянёвай тэрапіі з'яўляецца своечасовым і актуальным у сувязі з напружанай радыяцыйна-экалагічнай абстаноўкай, шырокім прымяненнем розных ксенабіётыкаў у галінах народнай гаспадаркі, экалагічнай абумоўленасці асноўных захворванняў і маштабным выкарыстаннем прамянёвых метадаў для дыягностыкі і тэрапіі парушэнняў здароўя [1].

Два раздзелы вучэбнай дысцыпліны "Радыяцыйная і экалагічная медыцына" адлюстроўваюць значнасць фактараў, якія улічваюць узрастаючыя нагрузкі на арганізм чалавека і выкладаюцца на кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі на першым курсе ў студэнтаў па спецыяльнасці "Сястрынская справа" (завочная форма навучання) і на другім курсе ў студэнтаў па спецыяльнасці "Медыка-дыягнастычная справа" (вочная форма навучання) [3].

"Экалагічная медыцына" разглядае аспекты фарміравання зваротных рэакцый арганізма чалавека на дзеючыя фізіка-хімічныя і біялагічныя нагрузкі. У дадзеным раздзеле вывучаюцца асаблівасці фарміравання экалагічна абумоўленай паталогіі, метады прафілактыкі наваколле-асяроддзевых захворванняў і падыходы да дыягностыкі і лячэння пацыентаў з улікам уздзеяння асноўных забруджвальнікаў навакольнага асяроддзя.

"Радыяцыйная медыцына" уключае пытанні вывучэння механізмаў фарміравання пашкоджанняў пры дзеянні іанізуючых выпраменьванняў і магчымыя варыянты мінімізацыі неспрыяльных наступстваў дадзенага ўздзеяння, метады зніжэння і аптымізацыі медыцынскага апраменьвання. Дысцыпліна ўлічвае неабходнасць зніжэння ўзроўню радыяцыйна-хімічнага ўздзеяння на насельніцтва і асаблівасці радыёэкалагічнай сітуацыі ў Рэспубліцы Беларусь [3].

Дысцыпліна "Прамянёвая дыягностыка і прамянёвая тэрапія" выкладаецца на кафедры прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі на чацвёртым і пятым курсах па спецыяльнасці «медыка-дыягнастычная справа» (вочная форма навучання) і складаецца з трох раздзелаў, якія адлюстроўваюць значнасць сучасных метадаў медыцынскай візуалізацыі, методык прамянёвай тэрапіі для ацэнкі марфалагічных і функцыянальных змяненняў пры найбольш часта сустракаемых захворваннях лёгкіх, сэрца, стрававода, страўніка,

Рэпазиторий ГрГМУ

кішэчніка, печані, жоўцевай бурбалкі, нырак, органаў эндакрыннай сістэмы, мужчынскай і жаночай рэпрадуктыўнай сістэм, костак і суставаў [2].

Развіццё уяўленняў аб універсальнасці адказных рэакцый арганізма і механізмаў адаптацыі дасягаецца інтэграцыяй асобных раздзелаў навучальных праграм у адзінае цэлае, што дазваляе сістэматызаваць навуковыя веды і методыкі прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі, якія выкарыстоўваюцца ў медыцыне.

Тэарэтычная падрыхтоўка студэнтаў ажыццяўляецца шляхам чытання ім лекцый, правядзення лабараторных заняткаў, самастойнага вывучэння рэкамендаванай літаратуры, матэрыялаў лекцый і электронных вучэбна-метадычных комплексаў. Практычныя навыкі і ўменні фарміруюцца падчас лабараторных заняткаў, якія праводзяцца ў навучальных класах, кабінетах і лабараторыях з выкарыстаннем сімуляцыйнага абсталявання, сучасных прыбораў і апаратаў. Бягучы кантроль узроўню ведаў праводзіцца ў пісьмовай, вуснай форме або шляхам тэставага кантролю ведаў з выкарыстаннем персанальных камп’ютараў. На практычных занятках студэнты атрымліваюць інфармацыйныя і раздаткавыя матэрыялы з алгарытмамі выканання заданняў, вырашаюць разнапланавыя Сітуацыйныя задачы, што забяспечвае практыка-арыентаванае навучанне і лепшую падрыхтаванасць будучых спецыялістаў да самастойнай прафесійнай дзейнасці.

Для фарміравання творчага патэнцыялу студэнтаў, яны выконваюць рэфератыўныя працы, якія абараняюць ў выглядзе мультымедыйнай прэзентацыі.

Выніковы кантроль узроўню ведаў студэнтаў праводзіцца шляхам камп'ютарнага тэсціравання, выканання пісьмовай кантрольнай работы і здачы дыферэнцыраванага заліку па прадметах.

Усё гэта спрыяе набыццю студэнтамі навуковых ведаў: пра рызыкі развіцця і патагенетычных механізмах фарміравання радыяцыйна-экалагічна абумоўленай паталогіі, метадах правядзення індывідуальнай і папуляцыйнай прафілактыкі наваколле-асяроддзевых захворванняў і паталагічных станаў, абумоўленых хранічным нізкадозавым фізіка-хімічным і біялагічным уздзеяннем; аб паталагічных зменах у органах і сістэмах арганізма чалавека і сувязі выяўленага комплексу сіндромаў з пэўным захворваннем; аб стратэгіі прамянёвай тэрапіі злаякасных новаўтварэнняў і непухлінных захворванняў.

Такім чынам, алгарытмы, якія выкарыстоўваюцца пры выкладанні радыяцыйнай і экалагічнай медыцыны, прамянёвай дыягностыкі і прамянёвай тэрапіі студэнтам медыка-дыягнастычнага факультэта на кафедры дазваляюць сфармаваць у навучэнцаў высокі ўзровень ведаў і патрэбаваныя адукацыйным стандартам і вучэбнай праграмай неабходныя тэарэтычныя і практычныя навыкі. У выніку выкладання і вывучэння навучальных дысцыплін студэнты набываюць акадэмічную кампетэнцыю аб: сучаснай радыё-экалагічнай сітуацыі; асаблівасцях паводзін радыёнуклідаў у розных экасістэмах; фарміраванні радыяцыйных паражэнняў чалавека; медыка-біялагічных наступствах дзеяння іанізуючых выпраменьванняў і прынцыпах зніжэння

Рэпозиторий ГрГМУ

радыяцыйнага ўздзеяння на пацыентаў; метадах прафілактыкі і карэкцыі магчымых радыяцыйна-экалагічных уздзеянняў на насельніцтва; здольнасці да інтэрпрэтацыі і аналізу вынікаў медыка-дыягнастычных даследаванняў з фармулёўкай дыягнастычных заключэнняў.

Літаратура

1. Александрович, А. С. Тренд медицинского облучения при проведении рентгенорадиологических исследований населения Республики Беларусь / А. С. Александрович, Т. И. Зиматкина // Материалы республиканской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 60-летию Гродненского государственного медицинского университета (28 сентября 2018 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – Электрон. текст. дан. (объем 8,7 Мб). – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – С. 33–35.
2. Лучевая диагностика и лучевая терапия: Учебная программа для специальности 1-79 01 04 Медико-диагностическое дело; рег. № ТД-L.564/тип.; утв. 31.08. 2016 г. Перв. зам. МО РБ / В. Н. Беляковский, А. М. Юрковский. – Минск, 2016. – 15 с.
3. Радиационная и экологическая медицина: Учебная программа для специальности 1-79.01.01 Лечебное дело; рег. № ТД-L.380/тип.; утв. 20.08.2014 г. Перв. зам. МО РБ / А. Н. Стожаров, Л. А. Квиткевич. – Минск, 2014. – 21 с.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНССИРОВАННОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Василевский В. П.[1], Горячев П. А.[2], Иоскевич Н. Н.[1], Цилиндзь А. Т.[2], Труханов А. В.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Весьма перспективным направлением современной сосудистой хирургии является ныне существующая тенденция единовременного сочетания оперативной хирургии и эндоваскулярных технологий (гибридные операции). Высокая эффективность и малая травматичность гибридных вмешательств позволяет улучшить и расширить объем хирургической помощи больным с окклюзионно-стенотическими мультифокальными поражениями магистральных сосудов. Применение гибридной технологии в состоянии оптимизировать тактико-технические подходы у пациентов с острой артериальной недостаточностью конечностей для достижения максимально оптимального клинического и циркуляторного результата.

Ключевые слова: гибридная хирургия, эндоваскулярная интервенция, острая и хроническая ишемия конечностей.

Репозиторий ГрГМУ

HYBRID OPERATIONS FOR SURGICAL CORRECTION OF ACUTE DECOMPENSATED AND CHRONIC ISCHEMIA OF LIMBS

Vasilevsky V. P. [1], **Haraychev P. A.** [2], **Ioskevich N. N.** [1], **Tsilindz A. T.** [2], **Truhanov A. V.** [2]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. Nowadays tendency of cooperation of two surgical methods (operative reconstructions and endovascular technique) has much more perspectives in treatment of multifocal or multilevel occlusive-stenotic transformations with tissue acute decompensated and chronic ischemia.

High efficiency and small surgical trauma of hybrid approaches allows to improve and expand volume of the surgical help in the patients with occlusive-stenotic multifocal lesions of the main vessels. The technology of a combination of endovascular and surgical revascularization can be considered as reasonable variant for liquidation of acute limb ischemia due to intraoperative visualization of residual damages and their endovascular repair at the same time.

Key words: hybrid surgery, endovascular interventions, acute and chronic ischemia of the limbs

Высокая летальность при хирургическом лечении тяжелой ишемии нижних конечностей на протяжении последних лет практически не имеет тенденции к снижению и это обусловлено тяжестью общего состояния, старческим возрастом, массой сопутствующих заболеваний. Основными причинами, усугубляющими регионарные проявления ишемии, являются не только многоэтажность поражения артериального русла, но и системность патологического процесса, вовлекающего различные бассейны сердечно-сосудистой системы, частыми осложнениями чего являются острые осложнения со стороны сердца, печени, почек, влияющие на показатели летальности в послеоперационном периоде. По данным различных авторов, в зависимости от локализации окклюзионного процесса, наличия сопутствующей патологии и кратности оперативного вмешательства летальность при хронической критической ишемии тканей нижних конечностей составляет от 2 до 13%. Еще более тяжелой проблемой современной сосудистой хирургии является острая непроходимость бифуркации аорты и артерий конечностей. Старческим возрастом, массой сопутствующих заболеваний, тяжестью общего состояния большинства больных с этой патологией обусловлена высокая летальность, которая на протяжении лет практически не имеет тенденции к снижению и составляет 25-30%, достигая в отдельных статистиках 41%. По причине тяжелого атеросклеротического поражения дистального сосудистого русла первичные ампутации составляют около 4% от всех оперативных вмешательств

Репозиторий ГрГМУ

по поводу патологии артерий. Летальность же при этих вмешательствах равняется цифре в 10%. Еще около 25% больных умирает после данного вида хирургии в течение первого года после операции [1].

Большие перспективы особенно в группах общесоматически тяжелых пациентов имеет ныне существующая тенденция единовременного или последовательного сочетания классической оперативной реконструктивной хирургии и эндоваскулярных интервенционных манипуляций (чрескожная транслюминальная ангиопластика с внутрисосудистым стентированием) при мультифокальных окклюзионно-стенотических трансформациях магистрального артериального русла [2, 3].

Целью работы является оценка целесообразности сочетания оперативной реваскуляризации и эндоваскулярной хирургии в рамках одного вмешательства при лечении клинических проявлений острой и хронической ишемией нижних конечностей мультифокального и многоэтажного артериального атеросклероза.

Материал и методы. За последние три года в отделении хирургии сосудов университетской клиники у 16 больных с осложненным течением атеросклероза осуществлены реконструктивные операции в сочетании с рентгенэндоваскулярным лечением. Возраст пациентов колебался от 62 до 77 лет. Мужчин было 14, женщин – 2. У 13 пациентов с клиникой артериальной недостаточности конечности имела место хроническая критическая ишемия, а в 3 случаях острая декомпенсированная ишемия (Iб, IIб степени по В. С. Савельеву).

Результаты и обсуждение. Для снижения объема операционной травмы, уменьшения времени операции у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и обеспечения достаточного объема притока крови в зону прямых хирургических вмешательств, при многоэтажных поражениях магистральных артерий нижних конечностей критические стенозы верхнего (подвздошного) блока ликвидированы эндоваздальной дилятацией и стентированием. Единовременно у 13 пациентов с хронической артериальной недостаточностью конечностей рентгенэндоваскулярное вмешательство дополнено хирургической коррекцией бедренно-подколенного блока. С целью более полного регресса клинических проявлений ишемии 10 оперированным выполнено бедренно-дистальное шунтирование и еще в 3 случаях магистральный кровоток на бедренно–подколенном сегменте восстановлен посредствам эндартерэктомии.

В связи с тем, что острая артериальная недостаточность является особым патологическим статусом, требующим в ряде случаев максимального радикализма в реваскляризации сосудистого русла с целью быстрого и стойкого регресса ишемических проявлений, на протяжении последнего года в практику оказания помощи пациентам с экстренной артериальной сосудистой патологией внедрена методика интраоперационного ангиографического контроля после выполненного хирургического вмешательства. По результатам чего выявленные резидуальные сужения и облитерации как проксимального,

Репозиторий ГрГМУ

так и дистального сосудистого русла устранены эндоваскулярными интервенциями у 3 оперированных. У 2 данных пациентов оперативные тромбэктомии из бедренных артерий дополнены единовременной баллонной ангиопластикой и стентированием общих бедренных и берцовых артерий, а еще одному хирургическое восстановление кровотока дополнено эндоваскулярной интервенцией на ветвях глубокой бедренной артерии.

Восстановление кровоснабжения и адекватного кровообращения получено у всех пациентов. Одному пациенту в послеоперационном периоде выполнена экономная некрэктомия.

Выводы. Таким образом, реконструктивная ангиохирургия в сочетании с рентгенэндоваскулярными интервенциями за счет высокой эффективности и малой травматичности позволяют улучшить и расширить объем хирургической помощи пациентам с окклюзионно-стенотическими мультифокальными поражениями магистральных сосудов, в том числе и в ситуациях, ранее считавшихся инкурабельными. Интраоперационная баллонная ангиопластика со стентированием позволяют уменьшить объем операции и сократить длительность послеоперационного лечения при «многоэтажных» поражениях артерий нижних конечностей. Применение гибридной технологии в состоянии оптимизировать тактико-технические подходы у пациентов с острой артериальной недостаточностью конечностей для достижения максимально оптимального клинического и циркуляторного результата.

Литература

1. Кардис, А. И. Гибридные технологии в хирургии распространенных нарушений магистральных артерий // А. И. Кардис, Л. Ф. Васильчук, В. П. Василевский / Международный журнал интервенционной кардиологии, 2011. – №24. – С. 60-61.
2. Францев, Н. В. Одномоментная гибридная артериальная инфраингвинальная реконструкция при ишемии нижних конечностей // Н.В. Францев, А.И. Пузанов / Вестник РГМУ, 2010. – №2. – С. 230.
3. Чадов, С. В. Комбинированные оперативные вмешательства с использованием методов интервенционной рентгенохирургии // С. В. Чадов, В. Е. Комраков, С. А. Курдо / Ангиология и сосудистая хирургия, 2002.- №3 (Приложение). – С.186.

АСАБЛІВАСЦІ ВЫКАРЫСТАННЯ БЕЛАРУСКІХ ФІТОНІМАЎ

Варанец В. І.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Анатацыя. Цікавасць да дадзенай праблемы абумоўлена фактам павелічэння зацікаўленасці фітатэрапіяй насельніцтвам Беларусі. У якасці мэты даследавання ляжыць вызначэнне асноўных шляхоў ўзнікнення фітонімаў.

Былі прааналізаваны вынікі працы над слоўнікам беларускіх фітонімаў.

Ключавыя словы: фітатэрапія, фітонімы, білінгвізм.

Рэпазіторый ГрГМУ

PECULIARITIES OF USING BELARUSIAN PHYTONYMS

Varanets V. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The interest in this problem is due to the growing interest in herbal medicine in Belarus. Purposr of the study. Identifi the main ways of phytonyms. The results of work on the dictionary of Belarusian phytonyms were analyzed.

Key words: phytotherapy, phytonyms, bilingualism

Не сакрэт, што з кожным годам сярод беларусаў становіцца ўсё больш папулярнай фітатэрапія. Такі від лячэння мае старажытныя вытокі і за вякі паспеў нават стаць авеяным рознымі легендамі. Тым не менш, трэба адзначыць, што ў сучаснай медыцыне каля сямі тысяч лекавых прэпаратаў, якія выкарыстоўваюцца ў нашай краіне, вырабляюцца менавіта з лекавых раслін. Асабліва шырокі спектр такіх прэпаратаў назіраецца пры лячэнні сардэчна-сасудзістых і страўнікава-кішачных захворванняў. Яшчэ часцей нашы суайчыннікі ўжываюць фітапрэпараты ў прафілактычных мэтах. Гэта і як вядомыя сёння кожнаму біялагічна актыўныя дабаўкі (БАД), так і розныя самаробныя адвары, настойкі і бальзамы.

Фітатэрапія (у перакладзе з грэчаскай мовы phyton – “расліна” therapeia – “тэрапія”) – гэта спосаб лячэння, пры якім у якасці лекаў выкарыстоўваць расліны. Часам замест тэрміна “фітатэрапія” выкарыстоўваецца тэрмін “травалячэнне”. Існуюць два віды фітатэрапіі: традыцыйная фітатэрапія як адзін з найбольш распаўсюджаных напрамкаў народнай медыцыны і батанічная (навуковая) фітатэрапія. І калі ў сучаснай навуковай фітатэрапіі фітатэрапеўтычныя прэпараты прызначаюцца часцей як дадатак да лекавай тэрапіі, дык у народнай медыцыне лячэнне лекавымі раслінамі адбываецца асобна ад лекаў. Лекавыя травы нарыхтоўваюць самастойна або набываюць у аптэцы. Аднак ва ўмовах дзяржаўнага білінгвізму часта адну і тую ж лекавую расліну людзі называюць па-рознаму, выкарыстоўваючы рускую і беларускую мовы, што прыводзіць да пэўнага непаразумення: паслен – ліснік, пустырник обыкновенный – сардэчнік звычайны, чистотел – падтыннік.

Адпаведна пацыенты часта звяртаюцца да ўрачоў па інфармацыю пра лекавыя ўласцівасці тых ці іншых раслін, пра спосабы іх выкарыстання. І тут узнікае значная праблема, паколькі доктару бывае цяжка вызначыць, пра які прэпарат ідзе размова. Таму ў рамках дысцыпліны “Беларуская мова. Прафесійная лексіка” ўведзены раздзел “Фітонімы”, пры вывучэнні якога студэнты знаёмяцца з назвамі лекавых раслін на беларускай мове, а таксама атрымліваюць інфармацыю пра ўласцівасці шматлікіх зёлкаў, пладоў, раслін.

Умоўна мы можам вызначыць тры групы перакладнога ўжывання назваў лекавых раслін.

Першая група – гэта назвы раслін, калькаванныя з рускай, лацінскай ці іншых моў. Як правіла, звесткі пра лекавыя якасці гэтых раслін прыйшлі да нас

Репозиторий ГрГМУ

ужо ў боль познім часе і з'яўляюцца запазычанымі: *бадан толстолистный – бадан таўсталісты, дербенник иволистный – дзярбенік івалісты, портулак огородный – партулак агародны.*

Другая група – уласнабеларускія назвы. Яны склаліся гістарычна, паколькі са старадаўніх часоў прэпараты з дадзенай расліны выкарыстоўваліся ў народнай медыцыне беларусаў: *почечуйная трава – лястырная трава, сон-трава – пристрэл раскрыты, чернобыльник – быльнёг*.

Трэцяя група – расліны, назвы якіх сёння шырока ўжываюцца на ўласнабеларускай і іншай мовах: *арника горная – арніка горная/ купальнік*, *будра плющевидная – будра плюшчападобная/сабачая мята, черемша – чарамша/цыбуля мядзведжая.*

У асобную групу, не вельмі вялікую па колькасці азначэнняў, можна вынесці фітонімы, створаныя шляхам прамога перакладу на беларускую мову з іншых моў: *бешеный огурец – шалёны агурок, колокольчик сборный – званочак зборны*.

Веданне фітонімаў на абедзвюх дзяржаўных мовах Рэспублікі Беларусь – гэта прафесійны абавязак кожнага доктара, а таксама дадатковыя ўмовы для яго плённай працы.

Літаратура

1. Варанец, В. І. Руска-беларускі слоўнік-даведнік лекавых раслін : для студэнтаў лячэбнага, педыятрычнага, медыка-псіхалагічнага, медыка-дыягнастычнага факультэтаў / В. І. Варанец, А. В. Варанец. – Гродна: ГрДМУ, 2018. – 236 с.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТРАСЛЕЙ В МИРОВОМ СООБЩЕСТВЕ

Вечорко В. В., Лапицкий К. А., Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Деление медицины на внутреннюю, или **терапию**, когда **врачи** лечат расстройства внутренних частей тела при помощи гигиенических средств и назначением лекарств внутрь и наружную, или **хирургию** – лечение болезней наружных частей, **травм** костей, мышц и органов, требующих хирургического вмешательства, установилось ещё в **доисторическую эпоху**; позже каждая из этих ветвей разделилась на отдельные части.

Ключевые слова: Медицина, терапия, хирургия, неврология, фармакология, специальность, дисциплина.

Репозиторий ГрГМУ

THE DEVELOPMENT OF MEDICAL INDUSTRIES IN THE GLOBAL COMMUNITY

Vechorko V. V., Lapitsky K. A., Khilmonchik N. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The division of medicine into internal or therapy, when doctors treat disorders of the internal parts of the body with hygiene products and prescribing drugs inside and outside, or surgery – the treatment of diseases of the external parts, injuries of bones, muscles and organs requiring surgical intervention, was established in prehistoric era; later, each of these branches was divided into separate parts.

Key words: Medicine, therapy, surgery, neurology, pharmacology, specialty, discipline.

Медицина, как научная отрасль начинает свое существование с момента появления первых трактатов целителей и философов древнего Рима, Греции, Египта и Месопотамии. В средние века она развивается по трем основным направлениям: терапия, хирургия и анатомия. Главнейшей составляющей медицины долгое время оставалась терапия, от которой ещё в XVII веке, благодаря работе Томаса Уиллиса “ Cerebri anatome” 1664-го года и “Pathologicae cerebri, et nervosi generis” 1667-го года отделяется одна из её первых ветвей – неврология. В 1793 Винченцо Кьяруги написал работу “*Della Pazzìa in Genere e in Specie”*, тем самым положив начало развитию психиатрии как отдельной науке, а сам термин был введён в 1808 году Иоганном Кристианом Рейлем. В 1697 в было издано сочинение придворного медика Генриха Орлеанского – “Морг, или Практическая анатомия на основании вскрытия трупов больных”, являющееся первым в истории медицины крупным обобщающим трудом по вопросам морфологической картины болезни. Таким образом Теофиль Боне был самым значимым предшественником Джованни Морганьи, считающегося основателем патологии как отдельной отрасли медицины. В скором времени Михаэль Валентини опубликовал работу “*Corpus juris medico-legale”, тем самым развив из учения о патологии такую ветвь медицины, как* судебная медицина. Отцом же судебной медицины считается Паоло Цахия благодаря публикации своей работы, “Судебно-медицинские вопросы”, ещё в 1621 году.

Фармакология как наука в Европе начала выделятся в середине XVIII века благодаря трудам итальянского физика, натуралиста, ботаника, химика и анатома Фонтана Феличе, примерно в то же время вклад в её формирование внесли последовательно Уильям Уизеринг благодаря труду “*An account of the foxglove*”, где он описал свойства наперстянки, и Фридрих Сертюрнер, который впервые выделил морфин из опия. Сертюнер страдал многочисленными расстройствами к концу своей жизни из-за пристрастия к собственному изобретению. Начало современной экспериментальной

Репозиторий ГрГМУ

фармакологии было положено трудами Рудольфа Бухгейма. Бухгейм стал профессором в 1847 году и организовал фармакологическую лабораторию в Дерпте, а с 1867 преподавал в Гиссене, где открыл фармакологический институт.

С середины XVII века в связи с высокой заболеваемостью и смертностью детского населения в медицинских кругах повышается интерес к детским болезням, начиная с работ Фрэнсиса Глиссона о происхождении, профилактике и лечении рахита всё чаще публикуются научные труды о детских заболеваниях. В XIX в. происходит постепенное выделение Педиатрии в самостоятельную дисциплину. В 1802 г. в Париже открывается первая больница для детей в возрасте от 2 до 15 лет, которая вскоре становится основным центром в Европе по подготовке специалистов по детским болезням. Начиная с этого времени и на протяжении почти полувека Франция была ведущей страной в области педиатрии.

Более интенсивно гигиена стала развиваться в XVII – XIX вв. Поводом к этому послужили рост крупных промышленных городов и сосредоточение на их территории значительного числа рабочих, не обеспеченных материально, живущих в антисанитарных условиях, вследствие чего намного возросла опасность эпидемических заболеваний. Огромную роль в развитии гигиенической науки сыграл немецкий ученый Макс Петтенкофер (1818-1901), который по праву считается её основоположником. Он ввел в гигиену экспериментальный метод, благодаря чему она превратилась в точную науку.

Гигиена, как часть медицины имеет древнюю историю, но при этом гигиена как наука сформирована недавно. Её выделение началось с работы известного французского врача Симона-Андреа Тиссо “ Avis au peuple sur sa santé”. После ряда работ Франка, Велса и Фодера, так же внесших немаловажный вклад в развитие этой отрасли, гигиена оформляется как наука благодаря стараниям Макса Йозефа фон Петтенкофера. В 1879 году он организовал первый в Европе институт гигиены, став его директором, и руководил им до конца своей жизни. Гигиена дала начало ряду других направлений медицины, в частности производственной медицине и социальной медицине. Развитие первой связано с всё увеличивающимися темпами индустриализации в Европе, ростом числа рабочих и соответственно ростом их заболеваемости. А развитие второй связано со становлением общественной, социальной составляющей гигиены как науки. Помимо того именно из гигиены получили развитие такие дисциплины как бактериология, иммунология, вирусология.

Первые труды с описанием морфологической картины новообразований были опубликованы французским патологоанатомом Жаном Крювелье. В дальнейшем идею развил немецкий биолог Иоганн Мюллер в своих трудах по сравнительной анатомии. Но первый рывок, позволивший выделиться онкологии как науке дал Рудольф Вирхов, немецкий учёный, основоположник клеточной теории в биологии и медицине. Он устоял против увлечения столь распространёнными во время его молодости исключительно механическими

Репозиторий ГрГМУ

воззрениями на явления жизни и имел смелость отстаивать идею обособленности элемента *жизни* как начала *sui generis*. Оттуда и его знаменитый тезис «omnis cellula e cellula» (клетка происходит только от клетки), завершивший собой долгий спор биологов о самозарождении организмов.

В XIX веке помимо вышеперечисленных начинают выделятся ряд наук, специализированных уже на конкретных системах организма. В это время возникают такие направления медицины как кардиология, нефрология, пульмонология и гепатология. Помимо того в 1848 году Томас Аддисон приступил к исследованию страшной болезни, которая начиналась с усиления мышечной слабости, утомляемости, истощения организма и завершалась смертью больного. Во время вскрытий учёный обратил внимание на нарушение коркового слоя надпочечников. В 1855 году Шарль Броун-Секар предположил, что надпочечники, а также, не исключено, и другие железы вырабатывают и поставляют в кровь специфические вещества, регулирующие нормальное функционирование организма. Дальнейшие исследования подтвердили эту гипотезу, и в 1905 году английские физиологи Уильям Бейлис и Эрнст Старлинг впервые ввели понятие «гормон», тем самым положив начало эндокринологии. Улучшение качества жизни населения привело к увеличению продолжительности жизни и дало толчок к развитию геронтологии. Открытие рентгеновских лучей к 1919 году привело к широкому распространению рентгеновских трубок и применению во многих странах. Благодаря им появились новые направления науки и техники – рентгенометрия, рентгеноструктурный анализ и др. А в медицине появились такие направления как рентгенология и рентгенодиагностика.

Второе, но не менее важное направление – хирургия так же дало ряд важнейших направлений медицины, первым из которых начали выделятся дерматология и венерология. Сами заболевания кожи всегда выделялись из общего ряда и служили основой ряда теорий развития и течения болезни, и уже в 1572 году появился первый учебник дерматологии “De morbis cuta-neis”, написанный Иеронимом Меркуриалисом. Болезни разделялись им по изменению цвета кожи, по изменению ее поверхности; сюда же относились и опухоли. А немногим позже, в 1583 году, была работа немецкого врача Георга Бартиша “*Ophthalmodouleia Das ucm Augendienst*”, содержащая описание глазных заболеваний, хирургические методы и инструменты, офтальмологической атлас, изображающих заболевания глаз. Таким образом Георг Бартиш положил начало становлению офтальмологии как науки.

В дальнейшем из хирургии в течение XVI-XVIII веков постепенно выделялись такие науки, как гинекология (из которой впоследствии, благодаря стараниям Эриха Салинга, в 1960-х годах выделилась наука перинатология когда усовершенствование исследований и технологий позволили врачам диагностировать и лечить внутриутробные осложнения), оториноларингология, ортопедия, урология.

Репозиторий ГрГМУ

В этой череде некоторым особняком стоит стоматология. Упоминания о способах лечения зубов встречаются ещё в древности, однако отдельной профессией стоматология всё же становится в 1840 году в Балтиморе, когда усилиями и стараниями двух стоматологов-самоучек – Горация Хайдена и Чепина Харриса – был открыт первый стоматологический колледж в мире. Хайден и Харрис обратились в деканат медицинского факультета Университета штата Мэриленд с просьбой ввести для студентов-медиков курс стоматологии, попутно подчеркнув свою веру в стоматологию как в специальность медицины, а не механическое задание для парикмахеров, что стоматология заслуживает статуса профессии, и, как следствие, нуждается в образовательном оснащении и лицензировании. В университете всё прочитали, обдумали и ответили, что факультет они открывать не будут, поскольку стоматология – это слишком маленькое поле знаний и навыков, как и слишком узкая область медицины, не имеющая для неё большого значения. Хайден и Харрис решили открыть свой независимый стоматологический колледж в этом же городе.

В 1842 Кроуфорд Лонг впервые использовал эфир для анестезии, но поделился своим открытием лишь в 1849 году, тем самым сделав огромный шаг в развитии хирургии, и становлении анестезиологии в частности. Примерно в то же время немецкий хирург, основоположник асептики Эрнст фон Бергман публикует первые труды в области нейрохирургии. А с развитием новых видов шовного материала получает своё развитие в начале XX века и сосудистая хирургия.

Большая часть современных направлений медицины развились из третьего направления, выделившегося ещё в средние века – анатомия. Но ввиду запрета на вскрытия настоящего расцвета эта наука получила в эпоху возрождения. В 1628 году врач Уильям Гарвей опроверг ранее считавшиеся аксиомой взгляды, что артерии живого человека наполнены воздухом, и правильно описал работу сердца и кровообращение в живом организме, положив начало современной научной экспериментальной физиологии, из которой ровно через 200 возникнет наука о химическом составе живых клеток и организмов, а также о лежащих в основе их жизнедеятельности химических процессах – биохимия. Началом её можно считать разделение биологических молекул на белки, жиры и углеводы, принятому до сих пор. Автором этой классификации был английский химик и врач Уильям Праут, а сам термин введён в оборот в 1903 году немецким химиком Карлом Нейбергом.

В 1665 году изобретение Антони ван Левенгука дало возможность изучать различные формы живой материи под микроскопов, дав тем самым начало гистологии, ввёл понятие – клетка. Следующий важный этап в развитии гистологии связано с именем Каспара Вольфа. Которые своими трудами о теории развития дал начало развитию эмбриологии как науки, а её основоположником считается академик Петербургской Академии наук Карл Эрнст Фон Бэр, который обосновал теорию эпигенеза и разработал учение о зародышевых листках.

Репозиторий ГрГМУ

Удивительно опередила своё время в этой череде наук генетика, первыми достижениями этой науки можно считать доклад Грегори Менделя о результатах своих опытов брюннскому Обществу естествоиспытателей, которое в конце следующего года опубликовало конспект его доклада в очередном томе «Трудов Общества…» под названием «Опыты над растительными гибридами». Этот том попал в 120 библиотек университетов мира. Мендель заказал 40 отдельных оттисков своей работы, почти все из которых разослал крупным исследователям-ботаникам, но работа не вызвала интереса у современников. Важность работы Менделя получила широкое признание только после его смерти, когда в 1900 году Хьюго де Фриз и другие ученые заново открыли его исследования. В середине 20-го века генетика получила новый виток своего развития с расшифровкой структуры ДНК благодаря Фрэнсису Крику, Джеймсу Уотсону и Морису Уилкинсу. Это событие стало одним из поворотных моментов в истории биологии.

ПРЕПОДАВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Головкова Е. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлена информация о преподавании общественного здоровья и здравоохранения в Гродненском государственном медицинском университете, основных научных направлениях деятельности кафедры.

Ключевые слова: преподавание, общественное здоровье и здравоохранение.

TEACHING PUBLIC HEALTH AND PUBLIC HEALTH IN HRODNA STATE MEDICAL UNIVERSITY

Golovkova E. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article provides information about the teaching of public health and health care at the Grodno state medical University, the main scientific activities of the Department.

Key words: teaching, public health and healthcare.

Репозиторий ГрГМУ

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 у них 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: 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

Репозиторий ГрГМУ

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 2013 г. коллективом авторов издан первый национальный учебник по общественному здоровью и здравоохранению. В 2017 – «Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям и тестовому контролю для студентов факультета иностранных учащихся с английским языком обучения» и «Здравоохранение и управление в охране здоровья». В 2018 году – «Практические навыки по общественному здоровью и здравоохранению» – учебно-методическое пособие для студентов всех факультетов. Издания 2017 и 2018 годов имеют гриф учебно-методического объединения по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию. В 2020 году – «Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

Пеподавателями кафедры созданы электронные учебно-методические комплексы 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 настоящее время на кафедре выполняются три темы научно-исследовательской работы: «Научное обоснование новых подходов по формированию ЗОЖ в различных социально-возрастных группах населения», «Медико-социологические аспекты репродуктивного здоровья и организационные технологии профилактики его нарушений», «Социальная ответственность как часть корпоративной культуры здравоохранения и фактор управления качеством медицинской помощи».

С 2011 г. на кафедре организовано обучение в магистратуре – вторая ступень высшего образования. Подготовлено семь магистрантов. На 2020/2021 учебный год запланированы две новые актуальные темы магистерских дисертаций.

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

Аспекты дисциплины общественное здоровье и здравоохранение отражает влияние на показатели здоровья населения образа жизни, внедрение экономических отношений в здравоохранении, менеджмента и маркетинга в

Репозиторий ГрГМУ

деятельности организаций здравоохранения, контроль качества медицинской помощи населению, вопросы биоэтики, имеют важное прикладное значение в деятельности медицинских работников всех специальностей. Исходя из задач дисциплины, имеющих государственное значение, она имеет соответствующий статус.

Отражением значимости дисциплины является форма аттестации знаний по ней. Государственные экзамены по общественному здоровью и здравоохранению, как итоговая аттестация выпускников, несомненно, повышает качество их подготовки.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ГРОДНЕНЩИНЫ

Гутько А. Г., Некрашевич А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В данной статье рассматриваются особенности телемедицинского консультирования учреждений здравоохранения г. Гродно.

Ключевые слова: телемедицинское консультирование, учреждения здравоохранения, количество, город.

TELEMEDICINE CONSULTING IN GRODNO REGION

Gutko A. G., Nekrashevich A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. This article discusses the features of telemedicine counseling of health care institutions in the city of Grodno.

Key words: telemedicine counseling, health care institutions, number, city.

Актуальность. Телемедицинское консультирование (ТМК) в XXI веке начинает набирать свои обороты (1, 2).

Цель. Проанализировать особенности телемедицинского консультирования в учреждениях здравоохранения Гродненской области.

Материалы и методы исследования. По данным Республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского электронного консультирования (РТМС), разработанной в рамках мероприятия «Обеспечение развития автоматизированной республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского консультирования», подпрограммы

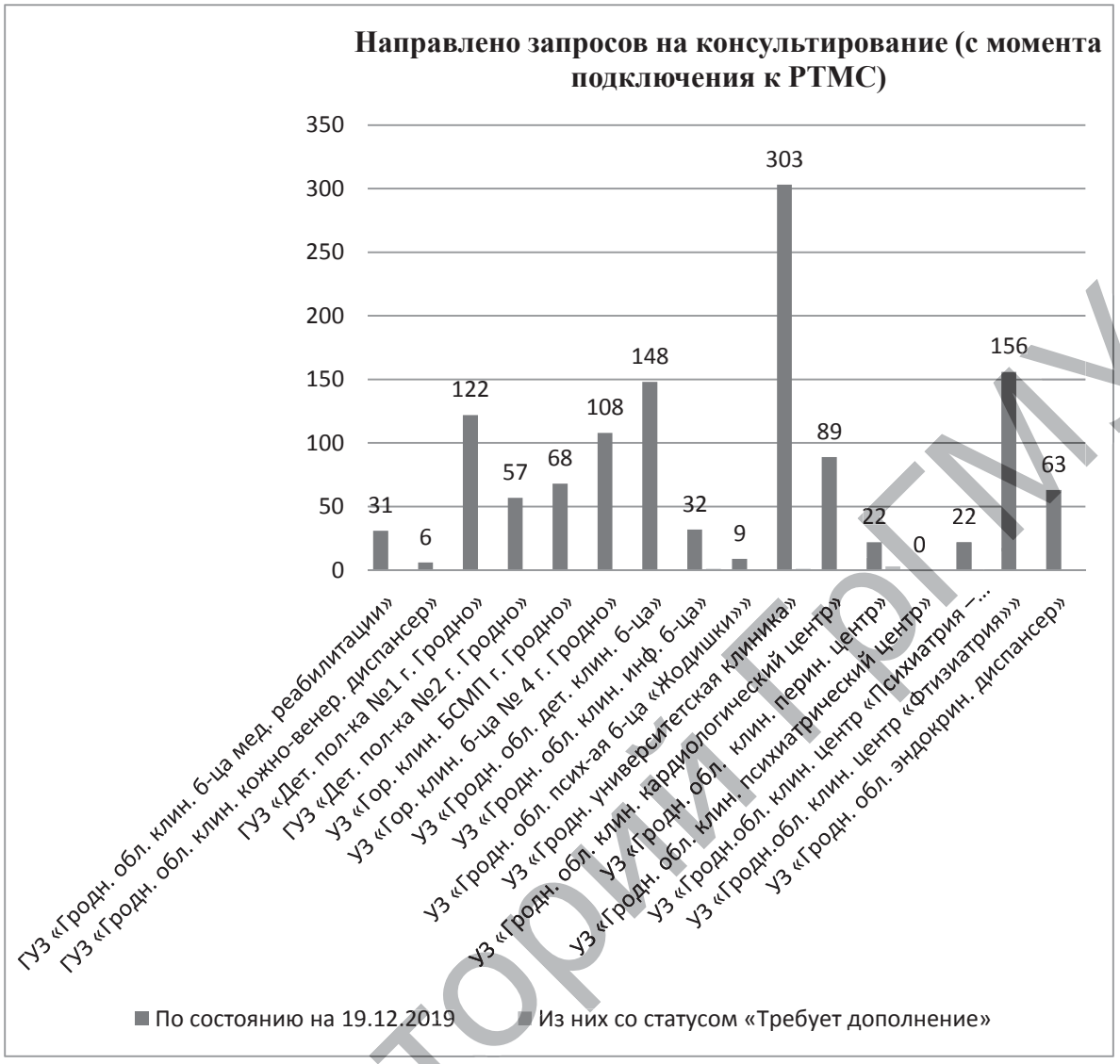
Репозиторий ГрГМУ

«Электронное здравоохранение», по состоянию на 19.12.2019, в учреждения здравоохранения города Гродно было направлено 1285 запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС) (таблица, диаграмма):

Таблица. Направлено запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС)

Наименование организации	По состоянию на 19.12.2019	Из них со статусом «Требует дополнение»
ГУЗ «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер»	6	0
ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»	31	0
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»	68	0
УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно»	81	0
УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно»	147	0
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»	108	0
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»	148	0
УЗ «Гродненская областная клиническая инфекционная больница»	32	1
УЗ «Гродненская областная психиатрическая больница «Жодишки»»	9	0
УЗ «Гродненская университетская клиника»	303	1
УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр»	89	0
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»	22	3
УЗ «Гродненский областной клинический психиатрический центр»	0	0
УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – наркология»»	22	0
УЗ «Гродненский областной клинический центр «Фтизиатрия»»	156	0
УЗ «Гродненский областной эндокринологический диспансер»	63	0

Репозиторий ГрГМУ



Результаты и обсуждение. Просмотрев данные диаграммы и проанализировав статистические данные РТМС, с моменте подключения Республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского электронного консультирования, было выявлено, что наибольшее количество запросов на ТМК было направлено в УЗ «Гродненская университетская клиника», УЗ «Гродненский областной клинический центр «Фтизиатрия»», УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» и УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно» (303;156;148;147 – соответственно, количество направленных запросов на консультирование).

В, свою очередь, от общего количества запросов на консультацию (1285), выявлены лишь 5 случаев (0,4%) со статусом «Требует дополнение», что, возможно, связано с соблюдением всех требований и правил проведения ТМК.

Выводы. Большее количество запросов на консультацию, в УЗ «Гродненская университетская клиника», можно обьяснить количеством профильных отделений и расположением клинических баз УО «Гродненского государственного медицинского университета».

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1. http://belcmt.by/ru/activity-of-the-center/informatizacija-zdravoohranenija/statistics RTMS.
2. Владзимирский, А. В. Применение телемедицинских технологий в кардиологии: учебное пособие / А. В. Владзимирский, С. П. Морозов, И. А. Урванцев, Л. В. Коваленко, А. С. Воробьев; Сургут. Гос. Ун-т. Сургут: Изд-во СурГУ, 2019. – 115 с.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН ИУДЕЙСКОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ

Ермак Ю. Г.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Гродно, Беларусь

Резюме. На рубеж XIX-XX вв. приходится активизация участия женщин иудеек в медицинской сфере. Фармацевтическая среда не стала исключением. Происходит увеличение количества аптек и постепенный рост числа женщин иудеек работающих в фармацевтике.

Ключевые слова: аптека, фармацевт, женщины иудейки.

PHARMACEUTICAL ACTIVITY OF WOMEN OF THE JEWISH FAITH IN THE GRODNO PROVINCE.

Yarmak Yuliya G.

Grodno State University, Grodno, Belarus

Summary. At the turn of the XIX-XX centuries. accounted for increased participation of Jewish women in the medical sphere. The pharmaceutical sphere was no exception. There was an increase in the number of pharmacies and a gradual increase in the number of Jewish women working in pharmaceuticals.

Key words: pharmacy, pharmacist, Jewish women.

Состояние медицинской сферы является одним из важных показателей развития любого этноса. Каждый народ вырабатывает свой подход к этому явлению. Известно, что еврейское сообщества Беларуси во второй половине XIX – начале XX вв. понимало важность поддержания и развития системы медицинской помощи, которая включала в себя больницы, родильные приюты, зубные кабинеты, дома призрения новорожденных и немощных. Медицинские препараты поступали в эти учреждения из аптек. Поэтому фармацевтические предприятия – аптеки (аптечные лавки, магазины), также являлись

Репозиторий ГрГМУ

существенным звеном в организации системы здравоохранения у евреев Беларуси.

Нередко, содержательницами аптек были женщины иудейского вероисповедания. Данное явление связано с тем, что женское еврейское население подвергалось двойной дискриминации. С одной стороны, дискриминация по половому признаку, явление, характерное для всего XIX в. С другой, принадлежность к народу ограниченному в своих правах на законодательном уровне (черта оседлости, процентные нормы при поступлении в учебные заведения), подталкивало евреек к получению специального образования, дающего право на свободное передвижение внутри Российской империи.

В Руководстве к русским законам о евреях под редакцией М. И. Мыша, изданном в 1914 г., имеется перечень специальностей, дающий право повсеместного жительства по образовательному цензу. Женщинам-иудейкам возможность свободного передвижения по Российской империи давали исключительно профессии, связанные с медициной. К ним относились следующие специальности: аптекарские помощники, провизоры, фельдшеры, дантисты, повивальные бабки. Параграф 142 гласил: «К числу лиц, имеющих право на повсеместное жительство, относят провизоров (аптекарский помощник – это звание в образовательном смысле ниже, чем провизор, также дано право выбора места жительства). Провизор это высшая фармацевтическая степень, которая приобретается вместе с присвоенными ей правами путем испытаний в высших врачебно-учебных заведениях» [1, с. 187].

Чаще всего женщины становились помощницами аптекарей. Из всех представленных в Национальном историческом архиве Беларуси в Гродно (НИАБ в Гродно) личных карточек на фармацевтов по Гродненской губернии и городам Гродно, Слоним, Кобрин, Пружаны за 1890-1911 гг. [2] была обнаружена только одна регистрационная карточка фармацевта на имя Витаврь Наталии Марковны 1882 года рождения. Она окончила Мариинскую женскую гимназию в Гродно, получила звание аптекарской помощницы, успешно выдержав экзамен. Собственной аптеки или аптечного магазина не имела. Семейное положение – девица. Датой составления карточки фармацевта был указан 1903 г.

Начиная с 1910-гг. количество женщин иудейского вероисповедания, занятых в сфере медицины, неуклонно возрастало. Опись 5 фонда «Врачебное отделение» содержит личные дела и формулярные списки служащих этого отделения. Из 886 единиц хранения этого типа личные дела женщин-евреек составляют 65. Наибольшее количество женщин, работавших в медицинской сфере, приходится на 10-е гг. XX в. [3].

Высшее образование на рубеже XIX-XX вв. все еще оставалось малодоступным для женщин. Анализ личных карточек женщин иудейского вероисповедания, хранящихся в фонде «Врачебное отделение Гродненской губернии» в НИАБ в Гродно позволяет сделать вывод, что еврейки Гродненской губернии ехали на обучение в Варшаву, Санкт-Петербург, Киев,

Репозиторий ГрГМУ

Харьков, Юрьев с целью получения звания провизора. Однако, такой вариант получения образования был доступен только узкому числу женщин-иудеек, преимущественно относящихся к обеспеченному классу. Основная масса желавших приобрести медицинскую специальность отправлялась в аптеки в качестве учениц, затем по окончании практического курса и успешного прохождения экзамена им присваивали звание аптекарской помощницы либо фармацевта, заводился кондуитный список фармацевтической деятельности.

Иногда женщины иудейки выступали в роли изобретателей. В перечне протоколов Врачебного отделения по Минской губернии за 1883 г. в НИАБ в Минске, есть ходатайство Розалии Абрамович об исследовании ею созданного «зубного эликсира» и допуске его к продаже [4, л. 568]. Розалия Абрамович окончила университет Св. Владимира в Киеве. Зубной эликсир, который она просила допустить к продаже, содержал 26 веществ, в т.ч. масло ментола, тимьян, 20% спирт, ванильный ароматизатор. Флакон плотно закупоривался и имел мерную ложку. После изучения состава этого эликсира заседание Врачебного отделения приняло следующее постановление «косметическое средство не содержит в себе вредных веществ. Выдать удостоверение о безвредности и допущении к употреблению в публике». [4, л. 569].

Не обходилось и без курьезных случаев. Так, в 1907 г. супружеская пара из Бреста Ицко и Ида Меер ходатайствовала о разрешении открыть лабораторию для приготовления перевязочных материалов. В частности, планировалось изготавливать и продавать мыло Коламбус ИМША, жидкость для рощения волос (американский растительный бальзам ИМША), американскую пудру ИМША-метаморфозы. У супружеской четы имелось и удостоверение на изготовление и продажу перечисленных средств, которое было выдано Варшавской врачебной управой на фамилию купца 2 гильдии Шапиро [5, л. 9]. После проведения лабораторного исследования мази-метаморфозы ИМША, было выдано свидетельство разрешающее ее изготавливать. Как следовало из заключения «В составе мази не обнаружены вредные вещества, следовательно, разрешено производить и продавать, но с тем условием, чтобы состав не менялся, и чтобы в рекламе и объявлениях не указывалось, ни о каких лечебных свойствах этой мази». [5, л. 11]. Однако, через какое-то время, в ходе осмотра «лаборатории» оказалось, что производство препаратов под названием ИМША ведется в Варшаве, а в «лаборатории», которая располагалось в деревне под Брестом, производится только упаковка и этикетки [5, л. 26-27].

Фармацевтическая отрасль, включающая в себя аптеки, аптечные лавки и аптечные склады, являлась составляющим звеном медицинской системы евреев Гродненской губернии во второй половине XIX – начале XX вв. В указанный хронологический период в эту сферу в качестве работниц активно вступают женщины иудейского вероисповедания. Появление в фармацевтике женщин иудеек стало одним из результатов социально-экономических процессов происходящих на Гродненщине; начавшейся модернизации общественной жизни; и, как следствие, сменой гендерных установок внутри еврейского

Репозиторий ГрГМУ

сообщества. Наиболее популярной профессией в сфере фармацевтики для женщин иудеек была профессия аптекарской помощницы, она же была и наиболее доступной. Работа в фармацевтической сфере предполагала наличие образовательного и имущественного ценза. Образованные и обеспеченные женщины из еврейской среды становились содержательницами аптек. Однако, следует учитывать, что подобный вариант был менее распространен, вследствие общей бедности основной массы еврейского населения черты оседлости.

Литература

1. Руководство к русским законам о евреях / сост. присяжный поверенный М. И. Мышь. – СПб. : типогр. А. Бенке, 1914. – 640 с.
2. НИАБ в Гродно. Ф. 9. Оп. 1. Д. 1562, 1563, 1565, 1566.
3. НИАБ в Гродно. Ф. 9. Оп. 5. Д. 1–886.
4. НИАБ в Минске. Ф. 299. Оп. 1. Д. 850. Протоколы за 1883 г.
5. НИАБ в Гродно. Ф. 9. Оп. 2. Д. 2304.

ГЕРИАТРИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Жилевич Л. А., Лишаков В. Б., Падуто Д. С.

Государственное учреждение «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П. М. Машерова».

Резюме. Медицинские и социальные аспекты старения населения в Республике Беларусь актуализируют становление и поступательное развитие гериатрической службы. Актуальность и значимость, комплексный и межведомственный подход в решении медицинских и социальных проблем пожилого пациента не возможен без выработки Национальной Стратегии активного старения.

Ключевые слова: гериатрия, геронтология, стратегия, старение, помощь, госпиталь, служба, методики.

GERIATRICS IN THE REPUBLIC OF BELARUS: RELEVANCE AND PROSPECTS

Zhilevich L. A., Lishakov V. B., Paduta D. S.

Summary. State Institution «Republican Clinical Hospital for the Disabled World War II named P. M. Masherova». The medical and social aspects of population aging in the Republic of Belarus actualize the formation and progressive development of geriatric services. Relevance and significance, a comprehensive and

Репозиторий ГрГМУ

interagency approach to solving the medical and social problems of an elderly patient is not possible without the development of a National Strategy for Active Aging.

Key words: geriatrics, gerontology, strategy, aging, care, hospital, service, methods.

Современное социально-демографическое развитие Республики Беларусь характеризуется долгосрочным и прогрессирующим процессом старения населения.

На начало 2020 г. доля пожилых граждан (60 лет и старше) в общей численности населения составляла 21,8%, что свидетельствует о высоком уровне старения населения. Село стареет быстрее, чем город. Доля населения старше трудоспособного возраста в городе составляет 23%, на селе – 32%, а в отдельных районах страны достигает 30% и более. Начиная с 2000-х гг., поступательно растет ожидаемая продолжительность жизни. В 2019 году она достигла значения 75 лет.

Сегодня как некогда растет актуальность гериатрической помощи в связи с демографическими вызовами. Складывающиеся тенденции ведут к увеличению объёмов медицинской помощи пожилым пациентам. Так, потребность в госпитализации у людей 60 лет и старше в три раза больше, чем у трудоспособных, а 80% пожилых граждан имеют 4-5 хронических заболеваний. Данная проблема дополняется и социальным компонентом – 93,4% одиноких и одиноко проживающих инвалидов нуждаются в получении медицинских и медико-социальных услуг, 22000 пациентов нуждаются в уходе. Затраты на медицинскую помощь пациенту 70 лет и старше в 7 раз превышают стоимость лечения пациентов в возрасте от 16 до 60 лет.

Сегодня в Республике Беларусь разработана Стратегия, направленная на вопросы старения населения в разных аспектах помощи пожилым гражданам. В разделе здравоохранения акцент сделан на развитие гериатрической помощи.

Это тема не нова, развитие гериатрической помощи многие годы шло параллельно с вопросами, связанными с оказанием медицинской помощи в целом. В 2006 году с целью повышения эффективности последипломной подготовки врачей, совершенствования работы БелМАПО в области геронтологии и гериатрии и во исполнение постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 июня 2006 г. № 8/19, а также на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.09.2006 г. № 684 «О создании кафедры геронтологии и гериатрии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» 15.09.06. в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» была создана кафедра геронтологии и гериатрии, к которой в 2012 году в целях оптимизации учебного процесса был присоединен курс аллергологии и профпатологии. На кафедре за годы ее работы прошли обучение 4148 врачей различных специальностей из нашей республики и из-за рубежа. Клинической базой кафедры является государственное учреждение

Репозиторий ГрГМУ

«Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П. М. Машерова».

На сегодняшний день в стране продолжают работу четыре профильных госпиталя, головным из которых является государственное учреждение «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П. М. Машерова». Госпиталя предназначены для оказания медицинской помощи ветеранам войн, лицам, пострадавшим от последствий войн, пациентам старше 60 лет. В структуре пролеченных в пошлом году категория «пожилые» составила 67,7%. Данные медицинские организации наработали уникальный опыт работы с пожилыми людьми и трансформация их в геронтологические центры является наиболее логичной.

Наряду с лечебно-профилактической работой, госпиталя являются клинической базой различных кафедр учреждений высшего медицинского образования. Так, в Республиканском клиническом госпитале инвалидов Великой Отечественной войны имени П. М. Машерова» функционируют кафедры геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и профпатологии, кафедры лучевой диагностики государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедры общей врачебной практики учреждения образования «Белорусский государственный медицинский универсиет».

Постепенно формируется не только научная часть гериатрической службы, а и ее организационная модель. Вертикаль службы возглавил Республиканский геронтологический центр (активного долголетия) (далее – Центр), организованный 01.01.2017 уже на штатной основе. За три года Центр поступательно движется к выполнению своей основной задачи – организации и оказанию доступной лечебно-диагностической помощи пациентам старше 60 лет на современном уровне.

В работе центра используется мультидисциплинарный подход, направленный на поддержание активного творческого долголетия, преодоление социального одиночества и улучшение качества жизни пациентов. Данный подход позволяет не только определить текущий статус здоровья пациента, но и прогнозировать, а значит профилактировать возможные ухудшения в состоянии здоровья, добиться максимальной степени самостоятельности пациента.

В центре при работе с пациентами наряду с классическими медицинским мероприятиями используются следующие методики:

– психогигиена и управление стрессом; профилактика и коррекция поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний; обучение пациентов в школах пациента: «Активного долголетия», «Школа ухода за пожилыми пациентами», «Серебрянного возраста», «Школа компьютерной грамотности», «Школа скандинавской ходьбы»;
– «Кейс-менеджмент» (соединение индивидуальной потребности пациента в медицинской помощи с находящейся в наличии социальной инфраструктурой);

Репозиторий ГрГМУ

– «Кинестетикс» (развитие двигательной компетенции в реабилитации и уходе за пожилыми людьми и инвалидами).

Разработаны и реализуются следующие проекты:

– «Аудио-обонятельная стимуляция как способ преодоления психоэмоциональной дезадаптации у пожилых людей»;
– «Работа с воспоминаниями как метод социально-психологической реабилитации пожилых людей».
– Используются инновационные направления прикладного искусства в системе реабилитации пожилых людей и инвалидов:
– «Физическая рекреация как средство активного отдыха и воспитания принципов здорового образа жизни для пожилых людей и инвалидов»;
– «Изометрическая гимнастика, как средство лечебной физической культуры в реабилитации маломобильных клиентов»;
– «Психологическая реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов посредством мультисенсорной среды».

В центре организована работа с лицами пожилого возраста с учетом превентивной геронтологии, используются тестовые опросники для оценки когнитивных функций, мелкой моторики и ряда других.

На амбулаторном этапе медицинской помощи в стране функционируют так же 7 региональных гериатрических центров. На штатной основе в регионах работает один центр, расположенный на базе учреждения здравоохранения «14-я центральная районная поликлиника Партизанского района г. Минска». В Брестском, Витебском Гомельском, Гродненском, Минском регионах областные гериатрические центры работают на функциональной основе. Непосредственную работу на местах с лицами пожилого возраста осуществляют врачи-гериатры, врачи общей практики.

В организациях здравоохранения республики по состоянию на 01.01.2020 функционирует 105 гериатрических кабинетов, работает 43 врача-гериатра.

Основным направлением и перспективой в развитии гериатрии в республике является:

– развитие межведомственных связей для создания системы комплексной помощи для пожилого человека. С этой целью идет разработка комплексного, персонифицированного и интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, услуг, основанного на выявлении потребностей пожилых граждан;
– развитие гериатрической службы, с учетом медико-социального компонента, так же направлено на создание единой системы долговременной медицинской помощи;
– изменения в подготовку медицинских кадров в области гериатрии, геронтологии включающих комплексный медицинский подход, осмотр и оценку состояния пациента для обеспечения максимальной самостоятельности (активности) пациента, с учетом всех аспектов жизнедеятельности;

Репозиторий ГрГМУ

– разработка стратегического подхода к сохранению психического здоровья, ориентированного на потребности пожилых граждан;
– обучение самого пациента и его окружения, так хорошо зарекомендовавших себя в гериатрии расширит свою практику в школах «активного долголетия», «долгосрочного ухода», а также других моделей по мотивации активного долголетия пожилых граждан.

Реализация комплексного, системного и последовательного подхода, вовлеченность и приверженность активному старению пациентов старших возрастных групп и медицинских работников позволит вывести оказание гериатрической помощи на современный качественный уровень.

АБ НЕКАТОРЫХ АСАБЛІВАСЦЯХ СУЧАСНАЙ ПАСЛЯДЫПЛОМНАЙ АДУКАЦЫІ

Зіматкіна Т. І., Александровіч А. С., Губар Л. М.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт, г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Рэзюмэ. У працы вывучаны некаторыя асаблівасці сучаснай паслявузаўскай падрыхтоўкі медыцынскіх работнікаў і спецыфікі навучання дарослых.

Ключавыя словы: паслядыпломная медыцынская адукацыя, дыстанцыйнае навучанне.

ABOUT SOME FEATURES OF MODERN POSTDEGREE EDUCATION

Zimatkina T. I., Aleksandrovich A. S., Gubar L. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. In work some features of modern postgraduate training of health workers and specifics of training of adults are studied.

Key word: post degree medical education, remote learning.

Актуальнасць. XXI стагоддзе, якое называюць інфармацыйным, адкрывае неабмежаваныя магчымасці перад чалавекам у галіне самаўдасканалення і развіцця. У сучасных умовах эфектыўнасць працы медыцынскіх работнікаў шмат у чым залежыць ад іх прафесійнай кампетэнтнасці і патрабуе пастаяннага паляпшэння тэарэтычнай падрыхтоўкі і практычных навыкаў. Таму ў рэформе аховы здароўя, звязанай з узрослымі

Репозиторий ГрГМУ

патрабаваннямі да якасці аказання медыцынскай дапамогі насельніцтву, асаблівую актуальнасць набывае падрыхтоўка высокапрафесійных кадраў. Паслядыпломную медыцынскае адукацыя з'яўляецца адной з асноватворных сістэм, якія забяспечваюць практычнае ахову здароўя кваліфікаванымі медыцынскімі работнікамі. У сувязі з велізарным патокам інфармацыі, новымі тэхналогіямі ў дыягностыцы і лячэнні, яно павінна быць гнуткім і шматфункцыянальным.

Важным фактарам, што спрыяе далейшаму прасоўванню рэформаў у ахове здароўя, з'яўляецца перагляд падыходаў у арганізацыі і ажыццяўленні паслядыпломнай адукацыі медыцынскіх работнікаў. Мэтай дадатковай адукацыі з'яўляецца павышэнне ўзроўню прафесійных ведаў і кампетэнцыі, уменняў і навыкаў, удасканаленне мыслення і асабістых якасцяў медыцынскага персаналу, неабходных для паспяховай прафесійнай кар'еры і якаснай аховы здароўя насельніцтва. Ва ўмовах цяперашняга часу, звязанага з праблемай пандэміі каранавіруса і іншых магчымых надзвычайных сітуацый, арганізацыя сістэмы дадатковай адукацыі патрабуе асаблівага падыходу і прымянення розных формаў і метадаў навучання. Разам з тым, медыцынскія работнікі маюць назапашвальную сістэму гадзін павышэння адукацыі за ўдзел у навукова-практычных кангрэсах, з'ездах, канферэнцыях і семінарах, яны павінны пастаянна павышаць сваю прафесійную кампетэнтнасць за кошт сістэматычнага саманавучання і рэгулярнага праходжання курсаў павышэння кваліфікацыі па спецыяльнасці. Таму ў рэаліях сучаснага жыцця асаблівую значнасць і актуальнасць набывае сістэма дыстанцыйнага навучання ў паслядыпломнай прафесійнай падрыхтоўцы медыцынскіх работнікаў.

Мэта працы. Вывучэнне і аналіз некаторых асаблівасцяў сучаснай паслявузаўскай падрыхтоўкі медыцынскіх работнікаў і спецыфікі навучання дарослых.

Матэрыялы і метады даследавання. У працы выкарыстаны параўнальна-ацэначны і аналітычны метады для вывучэння навукова-метадычнай літаратуры і абагульнення педагагічнага вопыту медыцынскіх ВНУ [1-3].

Вынікі і іх абмеркаванне. Незалежна ад таго, ажыццяўляецца паслявузаўская падрыхтоўка медыцынскіх работнікаў на базе буйной адукацыйнай установы або сіламі арганізацый аховы здароўя, неабходна ўлічваць спецыфіку навучання дарослых, так як выкладчык мае справу з вопытнымі спецыялістамі.

Вылучаюць шэраг спецыфічных асаблівасцяў у навучанні дарослых:

1. Матывацыя да навучання ў дарослых узнікае тады, калі яны выяўляюць вострую патрэбу ў папаўненні ведаў ці ж, калі сацыяльная сітуацыя або патрабаванні, што прад'яўляюцца да прафесіі, дыктуюць неабходнасць вывучэння пэўных пытанняў. Матывацыяй да навучання ў дарослых можа быць таксама прывабная форма падачы навучальнага матэрыялу.

2. Спецыялісты са стажам назапашваюць веды ў працэсе многіх гадоў практычнай дзейнасці і нясхільныя мяняць звыклыя погляды. Таму яны

Рэпозиторий ГрГМУ

аддаюць перавагу самі вызначаць кола пытанняў, якія іх цікавяць і патрабуюць вывучэння.

3. У працэсе навучання дарослыя чакаюць атрымання практычных парад для вырашэння надзённых пытанняў.

4. Дарослым патрабуецца больш часу для навучання, яны аддаюць перавагу камфортным умовам, навучанню ў малых групах і не любяць марнаваць час дарма.

5. Дарослыя баяцца «праваліцца», зганьбіцца і здацца недасведчанымі ў чым-небудзь, але любяць розныя заахвочвання і чайна-кававыя паўзы паміж заняткамі, якія ствараюць атмасферу натуральнасці і служаць выразам павагі адміністрацыі навучальнай установы да навучэнцаў.

6. Спецыялісты са стажам вучацца на чужым і сваім вопыце і атрымліваюць задавальненне ад прымянення атрыманых ведаў на практыцы.

Што тычыцца формаў і метадаў бесперапыннага навучання, аптымальным з'яўляецца рацыянальнае спалучэнне і інтэграцыя рознага роду падыходаў – ад традыцыйных акадэмічных да сучасных, якія ўключаюць індывідуальныя стажыроўкі і дыстанцыйнае навучанне. Апошняе дазваляе ў большай меры задаволіць самыя патрабавальныя патрэбы дарослых навучэнцаў, паколькі мае шэраг характэрных асаблівасцяў:

1) модульнасць, так як у аснову дыстанцыйнага навучання закладваецца модульны прынцып; кожны раздзел дысцыпліны або шэраг дысцыплін, якія асвоены навучэнцамі, ствараюць цэласнае ўяўленне аб пэўнай прадметнай вобласці;

2) гнуткасць, паколькі навучэнец можа вучыцца столькі, колькі яму асабіста неабходна для асваення дысцыпліны, курсу і атрымання неабходных ведаў па спецыяльнасці;

3) раўналежнасць, так як навучанне можа праводзіцца пры сумяшчэнні асноўнай прафесійнай дзейнасці з вучобай – «без адрыву ад вытворчасці»;

4) аддаленасць, у сувязі з тым, што адлегласць ад месца знаходжання навучэнцаў да навучальнай установы не з'яўляецца перашкодай для эфектыўнасці адукацыйнага працэсу;

5) асінхроннасць, якая прадугледжвае той факт, што ў працэсе навучання педагог і навучэнец могуць рэалізаваць тэхналогію навучання незалежна ад часу па аптымальным для кожнага раскладзе і ў зручным тэмпе; узаемадзеянне з навучэнцамі ажыццяўляецца, у асноўным, асінхронна з дапамогай пошты ці сістэм сувязі;

6) ахоп або «масавасць», паколькі колькасць навучэнцаў у сістэме дыстанцыйнага навучання не з'яўляецца крытычным параметрам; яны маюць доступ да многіх крыніц вучэбнай інфармацыі: электронных бібліятэк і баз дадзеных, а таксама могуць мець зносіны адзін з адным і з выкладчыкам праз сеткі сувязі або з дапамогай іншых сродкаў інфармацыйных тэхналогій;

7) рэнтабельнасць, якая прадугледжвае эканамічную эфектыўнасць дыстанцыйнага навучання (паводле ацэнак замежных і айчынных спецыялістаў адукацыйных сістэм дыстанцыйнае навучанне абыходзіцца на 10-15% танней за

Рэпозиторий ГрГМУ

кошт больш эфектыўнага выкарыстання навучальных плошчаў і тэхнічных сродкаў, інфармацыйных тэхналогій, а таксама прадстаўлення больш канцэнтраванага і ўніфікаванага зместу навучальных матэрыялаў і арыентаванасці тэхналогій анлайн-навучання на большую колькасць навучэнцаў і іншых фактараў);

8) новая роля выкладчыка ўскладае на яго такія функцыі як: каардынаванне пазнавальнага працэсу, карэкціроўку выкладаемага курсу, кансультаванне, кіраўніцтва навучальнымі праектамі і т. д.;

9) новыя патрабаванні да навучэнца, ад якога ў сістэме дыстанцыйнага навучання патрабуецца высокая матывацыя, самаарганізацыя, працавітасць і пэўны стартавы ўзровень адукацыі (у тым ліку, і ў галіне камп'ютарных тэхналогій на ўзроўні карыстальніка персанальным камп'ютарам);

10) новыя інфармацыйныя тэхналогіі з ужываннем камп'ютараў, сучасных сістэм і сродкаў тэлекамунікацый.

Варта адзначыць, што ў цяперашні час у медыцынскіх універсітэтах, як і ў іншых ВНУ Рэспублікі Беларусь, у сістэме адукацыі актыўна ідзе працэс замацавання за інфармацыйнымі тэхналогіямі статусу не толькі дапаможнага, але і асноўнага кампанента працэсу навучання. Перавагі выкарыстання сацыяльных сетак у навучальным працэсе відавочныя. У навучэнца з'яўляецца магчымасць прагляду ў рэжыме аддаленага доступу відэа- і аўдыёматэрыялаў, што дапамагае лепш зразумець і засвоіць тэму лекцыі ці заняткаў. Ёсць магчымасць шматразовага прагляду навучальнага матэрыялу, калі ён не быў зразумелы з першага разу. Камунікатыўная прастора сацыяльнай сеткі дазваляе выбудоўваць больш аптымальныя зносіны паміж выкладчыкам і навучэнцамі, незалежна ад асабістых асаблівасцяў (сарамлівасці, заікання, страху здацца смешным і т. п.). Форум дае магчымасць арганізацыі абмеркавання найбольш праблемных пытанняў, а чат – правядзення дыскусій у рэжыме рэальнага часу. Гэта забяспечвае лепшае засваенне навучэнцамі праграмнага матэрыялу і больш працяглую выжывальнасць атрыманых ведаў. Тэставы камп'ютарны кантроль дазваляе ў кароткай і даступнай форме правесці скрынінгавую ацэнку ведаў навучэнцаў. Станоўчымі момантамі ў дадзеным выпадку з'яўляюцца больш высокая аб'ектывізацыя ацэнкі ведаў і адсутнасць псіхалагічнага ўздзеяння паміж выкладчыкам і навучэнцам.

У працэсе прымянення інфармацыйных тэхналогій яшчэ маецца шэраг праблем. Гэта тычыцца суадносін аб'ёму інфармацыі, які можа даць сетка Інтэрнэт і аб'ёму звестак і ведаў, якія навучэнец можа асэнсаваць, сістэматызаваць і засвоіць. Абцяжарваць эфектыўнасць навучальнага працэсу ў дадзеным аспекце могуць недастатковая тэхнічная аснашчанасць і праблема камп'ютарнай пісьменнасці як навучэнца, так і выкладчыка. Названыя недахопы інфармацыйных тэхналогій могуць быць пераадолены пры выразным вызначэнні межаў інфарматызацыі працэсу навучання, так як у любой вучэбнай дысцыпліне ёсць веды, якія можна эфектыўна перадаваць навучэнцам з дапамогай камп'ютарных сродкаў, а частку ведаў мэтазгодна перадаваць толькі ў традыцыйнай форме навучання.

Рэпазиторий ГрГМУ

Заключэнне. Дыстанцыйнае навучанне мае вялікі патэнцыял і шэраг пераваг, але наўрад ці зможа ў будучыні замяніць класічныя метады навучання. у прафесіі медыцынскага работніка віртуальныя зносіны ніколі не заменіць жывы кантакт паміж лекарам і пацыентам. Таму педагагічны працэс у медыцынскім універсітэце павінен быць накіраваны на выхаванне навыкаў гэтых зносін і фарміраванне клінічнага мыслення. Важна вызначыць аб'ёмы прымянення дыстанцыйнага навучання на тэарэтычных і клінічных кафедрах. Для развіцця гнуткай і шматфункцыянальнай сістэмы паслядыпломнай адукацыі неабходна ўкараненне ў якасці аптымальнай вочна-дыстанцыйнай формы навучання, што, несумненна, будзе спрыяць больш эфектыўнай прафесійнай падрыхтоўцы медыцынскіх работнікаў.

Літаратура

1. Амбрушкевич, Ю. Г. Современные информационные технологии в образовательном пространстве медицинского вуза: проблемы и перспективы / Ю. Г. Амбрушкевич // Использование информационных образовательных технологий и электронных средств обучения в вузе : материалы научно-методической конференции / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – С. 6–8.
2. Зиматкина, Т. И. О повышении академической компетентности по радиационной и экологической медицине студентов медицинского университета / Т. И. Зиматкина, Е. В. Дежиц, А. С. Александрович // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии : сборник материалов II межвузовской научно-практической интернет-конференции, 10–11 мая 2018 года / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – С. 91–98.
3. Снежицкий, В. А. Современные направления развития информационно-инновационной медицинской образовательной среды / В. А. Снежицкий, М. Н. Курбат, Л. Н. Гущина // Использование информационных образовательных технологий и электронных средств обучения в вузе : материалы научно-методической конференции / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2011. – С. 133–136.

РЭЙТЫНГАВАЯ СІСТЭМА АЦЭНКІ ВЕДАЎ СТУДЭНТАЎ ПРЫ ВЫКЛАДАННІ РАДЫЯЦЫЙНАЙ І ЭКАЛАГІЧНАЙ МЕДЫЦЫНЫ

Зіматкіна Т. І., Александровіч А. С.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт, г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Рэзюмэ. У працы прааналізаваны вынікі прымянення ў навучальным працэсе шэрагу інавацыйных метадаў навучання, рэйтынгавай сістэмы ацэнкі вучэбнай і рознай іншай дзейнасці студэнтаў для ацэнкі эфектыўнасці іх радыяцыйна-экалагічнай падрыхтоўкі.

Ключавыя словы: студэнты, навучанне, рэйтынгавая сістэма, ацэнка ведаў.

Репозиторий ГрГМУ

THE RATING SYSTEM OF ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF STUDENTS WHEN TEACHING RADIATION AND ECOLOGICAL MEDICINE

Zimatkina T. I., Aleksandrovich A. S., Gubar L. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. In work results of use in educational process of the innovation methods of training, the rating system of assessment of educational and various other activity of students for assessment of efficiency of their radiation and ecological preparation are analysed.

Key words: students, training, rating system, assessment of knowledge.

Медыцынскія ВНУ, у рамках Дзяржаўнай праграмы бесперапыннай экалагічнай адукацыі, павінны актыўна ўкараняць інавацыйныя методыкі навучання для падрыхтоўкі высокакваліфікаваных спецыялістаў медыцынскага профілю, здольных эфектыўна кантраляваць забеспячэнне бяспечнай жыццядзейнасці людзей і захаванне іх здароўя [1]. Пагаршэнне якасці навакольнага асяроддзя, маштабнае прымяненне крыніц іанізуючых выпраменьванняў у медыцыне і народнай гаспадарцы, выяўленыя негатыўныя тэндэнцыі ў стане здароўя і навакольнага асяроддзя і шырокая распаўсюджанасць радыяцыйна-экалагічна абумоўленых захворванняў сярод дзяцей і дарослых як у нас у краіне, так і за мяжой сведчаць аб актуальнасці і неабходнасці павышэння эфектыўнасці радыяцыйна-экалагічнай адукацыі спецыялістаў медыцынскага профілю [2].

Падрыхтоўка новага ўзроўню спецыялістаў, здольных умела аналізаваць, абагульняць і сістэматызаваць наяўную інфармацыю, генераваць новыя веды, распрацоўваць новыя метады дыягностыкі і лячэння захворванняў і ўкараняць у практыку вынікі навуковых даследаванняў (новыя прыборы, тэхналогіі, лекі), можа забяспечыць толькі інавацыйная адукацыя ў медыцыне [3, 4].

Мэта працы: аналіз вынікаў прымянення ў навучальным працэсе шэрагу інавацыйных метадаў навучання, рэйтынгавай сістэмы ацэнкі вучэбнай і рознай іншай дзейнасці студэнтаў для павышэння ўзроўню эфектыўнасці іх радыяцыйна-экалагічнай падрыхтоўкі.

З дапамогай параўнальна-ацэначнага і аналітычнага метадаў даследавання вывучаны некаторыя аспекты арганізацыі навучальнага працэсу і вынікі выніковага кантролю ведаў студэнтаў па радыяцыйнай і экалагічнай медыцыне на лячэбным і педыятрычным факультэтах медыцынскага універсітэта.

З 2016-2017 навучальнага года кафедра прамянёвай дыягностыкі і тэрапіі праводзіць радыяцыйна-экалагічнае навучанне і выхаванне будучых урачоў дадзенага профілю. Падрыхтоўка праводзіцца ў адпаведнасці з патрабаваннямі адукацыйнага стандарту і тыпавых навучальных праграм па адпаведных

Репозиторий ГрГМУ

спецыяльнасцях і рэалізуецца шляхам чытання лекцый, правядзення лабараторных заняткаў, выканання студэнтамі кіраванай самастойнай працы і ўключэння іх у вучэбна-даследчую дзейнасць.

На вывучэнне радыяцыйнай і экалагічнай медыцыны адводзіцца 136 гадзін, у тым ліку аўдыторных – 86 гадзін, з іх лекцый – 20 гадзін, лабараторных заняткаў – 36 гадзін, якая выкладаецца на 2-ым курсе ў двух семестрах. У III семестры на лекцыі адводзіцца – 10 гадзін, а на практычныя заняткі – 30 гадзін. Формай атэстацыі з'яўляецца залік. У IV семестры практычныя заняткі складаюць 30 гадзін, а лекцыі – 10 гадзін. Формай выніковай атэстацыі ведаў з'яўляецца дыферэнцыраваны залік. Для навучання студэнтаў па прадмеце выкарыстоўваюцца як традыцыйныя, так і сучасныя вучэбна-інфармацыйныя рэсурсы (камп'ютарныя прэзентацыі лекцый і шэрагу пытанняў на лабараторных занятках), інтэрактыўныя рэсурсы ў лакальнай камп'ютарнай сетцы ВНУ і Інтэрнэце.

Адным з варыянтаў інавацыйнага кантролю ведаў студэнтаў на практычных занятках намі паспяхова ўжываецца мазгавы штурм (brain-storm), які прадстаўляе які праводзіцца ў аператыўным рэжыме від апытання па найважнейшых рэгіянальных і глабальных экалагічных праблемах.

Сярод сучасных тэхналогій дастаткова эфектыўнымі і добра ўспрымаемымі студэнтамі з'яўляюцца дыялогавыя формы пабудовы практычных заняткаў у выглядзе навучальных дыскусій і круглых сталоў. Вопыт паказвае, што метады навучальных дыскусій і круглых сталоў значна паляпшаюць і замацоўваюць веды, павялічваюць аб'ём засваення новай інфармацыі, выпрацоўваюць уменне спрачацца, даказваць свой пункт гледжання, прыслухоўвацца і ўлічваць меркаванне іншых.

Такія актыўныя формы навучання як экалагічныя майстэрні выклікаюць у студэнтаў значную цікавасць, дзе выкарыстоўваецца сучаснае абсталяванне для вывучэння этыялагічных фактараў парушэнняў здароўя пры наваколле-асяроддзевых захворваннях. Роля выкладчыка заключаецца ў умелай арганізацыі навучальнага працэсу, кансультаванні і выніковай ацэнцы выкананых работ.

Навуковая праца спрыяе фарміраванню творчай і крэатыўнай асобы студэнта. Таму на кафедры прамянёвай дыягностыкі вялікая ўвага надаецца студэнцкай навуцы. Многія студэнты ўдзельнічаюць у выкананні навуковых даследаванняў па радыяцыйна-экалагічнай тэматыцы, паспяхова выступаюць з дакладамі на вучэбна-тэматычных і навукова-практычных канферэнцыях, якія рэгулярна праводзяцца кафедрай сумесна з вучэбна-метадычным аддзелам і дэканатамі універсітэта. Штогод на кафедры праводзяцца алімпіяды па вывучаемых дысцыплінах, агляды-конкурсы відэафільмаў і малых носьбітаў інфармацыі па патагенезе, прафілактыцы наваколле-асяроддзевых захворванняў і прамянёвай паталогіі. Яны карыстаюцца папулярнасцю ў студэнтаў. Пераможцы іх маюць перавагі пры выніковай ацэнцы ведаў, якая праводзіцца па рэйтынгавай сістэме і ўлічвае, як навучальную, так і разнастайную самастойную пазнавальную дзейнасць студэнтаў.

Рэпазіторый ГрГМУ

Рашэнне на занятках сітуацыйных задач уключае ацэнку этыялагічнага фактару, папярэдні дыягназ, патагенез, алгарытмы лячэння і прафілактыкі асяродкавай і прамянёвай паталогіі і фармуе практыка-арыентаваную накіраванасць у навучанні, асновы клінічнага мыслення студэнтаў.

Аналізуючы паспяховасць па прадмеце на лячэбным і педыятрычным факультэтах за апошнія гады, варта адзначыць пастаяннае павышэнне сярэдняга бала, асабліва значнае ў студэнтаў педыятрычнага профілю (7,0-7,8 балаў адпаведна), што не назіралася ў папярэднія гады.

Выкарыстанне рэйтынгавай сістэмы ацэнкі ведаў студэнтаў і інавацыйных метадаў у навучанні і выкладанні радыяцыйнай і экалагічнай медыцыны, павышаюць паспяховасць студэнтаў у вывучэнні і засваенні дадзенага прадмета і адначасова вырашаюць шэраг навучальных, выхаваўчых і якія развіваюць задач, робячы працэс навучання цікавым і творчым.

Літаратура

1. Зиматкина, Т. И. Сравнительный анализ использования источников ионизирующего излучения и динамики медицинского облучения в Гродненском регионе и Республике Беларусь / Т. И. Зиматкина, А. С. Александрович, Н. Б. Маркевич // «Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике» (г. Гомель, 23-24 мая 2019 г.) Материалы международной научно-практической конференции / Под общ. ред. Доктора мед. наук, доц. А. В. Рожко. – Гомель, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». – Гомель : ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – С. 51-52.
2. Терешко, Т. А. Инновационное образование в высшей школе / Т. А. Терешко // Подготовка научных кадров высшей квалификации в условиях инновационного развития общества: Материалы Междунар. науч-практ. конф. – Мн. : ГУ «БелИСА», 2009. – С. 242-244
3. Шатравко, Н. С. Активные методы обучения как фактор формирования инновационной педагогической деятельности преподавателей / Н. С. Шатравко // Перспективы развития высшей школы: Материалы 2-й Междунар. науч.-метод, конф. – Гродно : ГГАУ, 2009. – С 127-131.

Репозиторий ГрГМУ

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Карпович Ю. И., Пырочкин В. М., Карпович Ю. Л., Богданович В. Ч., Шишко В. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье даны краткие характеристики по распространенности основных нозологических форм в нефрологической практике по г. Гродно и Гродненской области. Обозначена необходимость развития лабораторной диагностики нефротического синдрома

Ключевые слова: нефротический синдром, тубулоинтерстициальный нефрит, нефритический синдром.

NEW OPPORTUNITIES IN THE NEFROLOGICAL PATHOLOGYDIAGNOSIS

Karpovich Y. I., Pyrochkin V. M., Karpovich Y. L., Bogdanovich V. Ch., Shishko V. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article gives brief characteristics on the prevalence of the main nosological forms in nephrological practice in the Grodno and the Grodno region. The necessity for the development of laboratory diagnosis of nephritic syndrome is indicated.

Key words: nephrotic syndrome, tubulointerstitial nephritis, nephritic syndrome.

На сегодняшний день прослеживается тенденция к неуклонному росту числа лиц со стойким снижением функции почек во всем мире и в нашей стране (Таблица 1). Основная когорта таких пациентов проходит стационарное лечение по поводу хронических гломерулярных и тубулоинтерстициальных болезней почек.

Таблица 1. Распространенность почечной патологии в Гродно и Гродненской области

	Гродненская область 2019			ГУК 2019		
	выписано пациентов, человек	проведено выписанными пациентами койко-дней, тысяч единиц	умерло, человек	выписано пациентов, человек	проведено выписанными пациентами койко-дней, тысяч единиц	умерло, человек
болезни мочеполовой системы	21624	142901	86	3493	28901	14
из них: острые гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек	653	5700	2	49	534	1
хронические гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек	1610	16604	57	658	6868	7
мочекаменная болезнь	4489	32698	12	985	7868	1

Нефрологами УЗ «Гродненская университетская клиника» ведется регистр выявляемых пациентов с хронической болезнью почек. Так за 12 месяцев 2019 года в регистре состояло 933 человека с ХБП 3-5 (из них 382 из

Репозиторий ГрГМУ

районов Гродненской области, 551 человек из города Гродно и Гродненского района, но без учета пациентов, которые находятся на почечно-заместительной терапии). В отделении нефрологии УЗ «Гродненская университетская клиника» количество пациентов с ХБП 3-5стза 2019 год составило 539, что в удельном весе обследованных пациентов стационарно составило 50,8%.

Результаты эпидемиологических исследований говорят о том, что распространенность почечной патологии в популяции обусловлена, в первую очередь, не теми заболеваниями (гломерулонефрит, поликистоз, МКБ, амилоидоз почек и др.), при которых пациент, как правило, оказывается под наблюдением нефролога.

Так отмечается ежегодный прирост случаев почечной дисфункции, связанной с развитием у пациентов сахарного диабета. Основные причины ХБП в сравнении за 2019 – 2018 гг. включали в себя (Таблица 2):

Таблица 2. Нозологическая характеристика причин ХБП

	2018	2019
Острый тубулоинтерстициальный нефрит	5	3
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	410	374
Острый нефротический синдром	21	24
Острый нефритический синдром	7	4
Хронический нефритический синдром	207	186
Дибетическая нефропатия	110	114
Артериальная гипертензия	39	38
Поликистоз почек	37	39
МКБ	19	24

Наиболее тяжелая ренальная патология – нефротический синдром. С современных позиций мембранозная нефропатия (МН) является вариантом иммуноопосредованной гломерулопатии, без явных воспалительных реакций в клубочках, одна из наиболее частых причин нефротического синдрома. Этиологически МН классифицируется на идиопатический (первичный) и вторичных вариант. Последний, составляющий около трети всех случаев МН, является результатом специфического поражения клубочков на фоне аутоиммунных заболеваний, новообразований и инфекций.

В основе патогенеза МН является депозиция иммунных комплексов (ИК) в субэпителиальных пространствах базальной мембраны клубочка. Основой формирования ИК при МН, которое происходит in situ, является образование антител класса IgG к внутренним антигенам клубочка. В большинстве случаев МН имеются циркулирующие аутоантитела IgG4 к мембранному антигену подоцитов PLA2R (70%), а анти-THSD7A-антитела (Тромбоспондиновый домен типа I, содержащий протеин 7A)- только у 2% взрослых пациентов с МН. [2] При этом присутствие анти-THSD7A-антител связано с повышенным риском малигнизации. Рецептор фосфолипазы А2 (PLA2R) является трансмембранным гликопротеином, экспрессируемым на подоцитах почечного клубочка. Отложения иммунных комплексов в свою очередь запускают

Репозиторий ГрГМУ

активацию комплемента и гиперпродукцию ряда белков базальной мембраны, включая коллаген IV типа и ламинин. Эти изменения приводят к перестройке базальной мембраны и нарушению ее функций, в результате чего большие количества белка попадают из крови в мочу. [1]

Серологическое обследование для выявления аутоантител к рецептору фосфолипазы А2 (aPLA2R) является малоинвазивным и быстрым методом диагностики идиопатического мембранозного гломерулонефрита.

Данное исследование может иметь следующие показания:

- дифференциальная диагностика поражения почек;
- дифференциальная диагностика нефротического синдрома;
- диагностика мембранозного гломерулонефрита.

Содержание антител, выраженное в виде титра коррелирует с тяжестью течения и ответом на проводимую терапию и может быть рассмотрена при прогнозе и терапевтическом ответе главной подгруппы мембранозного нефрита с этим маркером.

Согласно данным литературы уровни aPLA2R снижаются до развития ремиссии протеинурии и подобная ремиссия может развиваться на протяжении недель или месяцев после прекращения лечения. А также уровень aPLA2R в конце лечения по некоторым исследованиям предсказывает долгосрочные результаты. Примерно 55% пациентов, которые были PLA2R отрицательными при завершении терапии, остаются в стадии ремиссии в течение 5 лет, по сравнению с отсутствием ремиссии через 2 года после завершения лечения у пациентов aPLA2R-положительной группы. В то же время высокое значение при количественной оценке циркулирующего aPLA2R указывает на более низкую вероятность спонтанной ремиссии (<10%) и, следовательно, может быть использовано в качестве основания для немедленной терапии у пациентов с менее тяжелым заболеванием. [1, 2, 3]

Ряд авторов предлагает оценивать и экспрессию антигена PLA2R1 и THSD7A в иммунных депозитах в гломерулярной базальной мембране, описывая более высокую чувствительность методики.

Следует отметить, что наличие Anti-PLA2R не заменяет необходимости биопсии почек у пациента с нефротическим синдромом и комплексного обследования для исключения системного заболевания.

Таким образом, изучение аутоиммуных механизмов мембранозной нефропатии как ведущей составляющей нефротического синдрома на сегодняшний день является весьма актуальным и перспективным направлением нефрологической службы. Особенно интересным будет изучение их в белорусской популяции, поскольку такие исследования на территории Республики Беларусь не проводились.

Литература

1. Couser WG.Primary Membranous Nephropathy /Clin. J.Am.Soc.Nephrol. – 2017. – Jun 7;12(6):983-997. doi: 10.2215/CJN.11761116. Epub 2017 May 26.
2. von Haxthausen F, Reinhard L, Pinnschmidt HO, Rink M, Soave A, Hoxha E, Stahl RAK. Antigen-Specific IgG Subclasses in Primary and Malignancy-Associated Membranous

Репозиторий ГрГМУ

Nephropathy /Front.Immunol. – 2018. – Dec 20;9:3035. doi: 10.3389/fimmu.2018.03035. eCollection 2018.
3. Wang J, Cui Z, Lu J, Probst C, Zhang YM, Wang X, Qu Z, Wang F, Meng LQ, Cheng XY, Liu G, Debiec H, Ronco P, Zhao MH.Circulating Antibodies against Thrombospondin Type-I Domain-Containing 7A in Chinese Patients with Idiopathic Membranous Nephropathy / Clin. J. Am. Soc.Nephrol. – 2017. – Oct 6;12(10):1642-1651. doi: 10.2215/CJN.01460217. Epub 2017 Aug 11.

ОТРАЖЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ БАЗЕ ДАННЫХ PUBMED

Королёв П. М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлен количественный анализ публикаций, отражающих достижения современной белорусской медицинской науки и практики, цитируемых в международной базе данных PubMed.

Ключевые слова: Беларусь, здравоохранение, медицинская наука.

REFLECTION OF ACHIEVEMENTS OF MODERN BELARUSIAN MEDICAL SCIENCE AND PRACTICE IN THE INTERNATIONAL DATABASE PUBMED

Korolev P. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents a quantitative analysis of publications reflecting the achievements of modern Belarusian medical science and practice, cited in the international PubMed database.

Key words: Belarus, healthcare, medical science.

Обеспечение научно-технического прогресса в медицине необходимо для повышения качества медицинской помощи населению, что в значительной степени достигается за счёт активизации и использования интеллектуального потенциала медицинских работников путём разработки ими новых способов диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Самый современный и быстрый способ ознакомить научное сообщество с результатами своей деятельности – это публикации в научных изданиях. В настоящее время все более востребованными становятся международные

Репозиторий ГрГМУ

публикации, так как они позволяют напрямую общаться с мировым научным сообществом, делиться своими достижениями и узнавать о новых исследованиях. Публикации в международных научных журналах – это одно из приоритетных направлений в деятельности учёных, в формировании международного имиджа учреждения науки и образования [1, 2].

Цель исследования заключалась в проведении количественного анализа научных публикаций отечественных и зарубежных авторов, отражающих достижения современной белорусской медицинской науки и практики, цитируемых в международной базе данных PubMed за период с 1951 г. по апрель 2020 г.

Англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций PubMed создана Национальным центром биотехнологической информации на основе раздела «Биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США в 1996 году. PubMed документирует более 5620 биомедицинских журналов, изданных в США и во всем мире, содержит более 29 миллионов ссылок на биомедицинскую литературу.

Ежегодно база данных PubMed увеличивается на 500 тысяч документов, входит в международные реферативные базы данных, является одним из важных источников получения наукометрических данных для проведения оценочных исследований публикационной активности авторов [3].

Результаты количественного анализа публикаций по теме исследования по годам представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика публикаций по теме исследования по годам

Годы	1951-1999	2000-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Количество цитируемых публикаций	1275	986	728	1112	1722

В результате проведенного количественного анализа в указанной базе данных за весь период исследования выявлено 5823 цитируемые научные публикации, 49% из которых опубликованы за последний десятилетний период, 30% – за последние 5 лет.

Приведенные данные свидетельствует о значительном возрастании публикационной активности белорусских и зарубежных авторов по теме исследования в последний 10-летний период.

Подавляющее большинство работ (2816) посвящены различным аспектам клинической медицины, 987 публикаций – экспериментальным исследованиям на животных.

В профильных научных журналах, перечень которых охватывает более 100 наименований, было опубликовано 4552 работы, что составляет 78% от их общего количества, 22% работ опубликованы в иных научных изданиях (монографии, документы, отчёты).

Среди цитируемых публикаций выявлено 289 обзорных статей, 13 систематических обзоров, 17 статей содержат результаты мета-анализа, 81 –

Репозиторий ГрГМУ

результаты рандомизированных контролируемых испытаний, отражающих различные аспекты клинической и экспериментальной медицины.

Обеспеченность доступа к публикациям в Интернете представлена следующим образом: аннотации на английском языке – 4613, полнотекстные статьи – 3591, в том числе в открытом доступе – 1422.

Обращает на себя внимание тот факт, что белорусские учёные были авторами и соавторами 4022 опубликованных научных работ (69% от общего количества публикаций), опубликованных на английском языке, который в настоящее время является наиболее распространённым языком международного общения. Это даёт возможность широкому кругу зарубежных специалистов знакомиться с достижениями медицинской науки и практики в Республике Беларусь.

Следует подчеркнуть, что более 90% научных журналов, пользующихся высоким авторитетом в мире, печатаются на английском языке.

На русском языке было опубликовано 1756 (30%) работ. Единичные работы публиковались на других языках (немецкий, французский, испанский, польский).

Отрадно отметить, что за последний 10-летний период существенно возросло количество международных публикаций белорусских учёных, выполненных совместно со своими коллегами из многих стран мира, что свидетельствует о стремлении к интеграции в международное научное сообщество.

Также увеличилось количество публикаций с научно-исследовательской поддержкой ВОЗ, НАСА, Европейского Союза, правительственных и неправительственных организаций США, Канады, Великобритании, ФРГ, Швеции и ряда других стран.

На основании количественного анализа научных публикаций, цитируемых в авторитетной международной базе данных PubMed, можно констатировать, что достижения современной белорусской медицинской науки и практики нашли в ней достаточно широкое отражение.

Литература

1. Евразийский Союз учёных. Международные научные публикации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://euroasia-science.ru/mezhdunarodnyie-nauchnyie-publikatsii/ – Дата доступа: 27.05.2020.
2. Публикации в зарубежных журналах, включенных в международные базы цитирования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.aspirans.com/publikatsii-v-zarubezhnykh-zhurnalakh-vklyuchenykh-v-mezhdunarodnye-indeksy-tsitirovaniya#/ – Дата доступа: 30.05.2020.
3. PubMed. US National Library of Medicine. National Institutes of Health [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ – Дата доступа: 30.05.2020.

Репозиторий ГрГМУ

ОБРАЗОВАНИЕ: КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ ПО ТРЕБОВАНИЯМ СОВРЕМЕННОСТИ

Кузнецов О. Е.

Университет медицинских наук в Белостоке, Белосток, Польша

Резюме. Образование – это социальный лифт. Это позволяет занять достойное место в обществе и обеспечить высокий уровень жизни. Высшее образование в развитых странах повышает уровень заработной платы в среднем в 2 раза.

Ключевые слова: образование, профессионал, университет, магистр, будущее.

EDUCATION: QUALITY OF TRAINING ACCORDING TO THE REQUIREMENTS OF MODERNITY

Kuznecov O. E.

University Medical science in Belostok, Belostok, Poland

Summary. Education is a social elevator. It makes it possible to take a worthy place in society and ensure a high standard of living. Higher education in developed countries raises the level of wages on average 2 times.

Key words: education, professional, university, master, future.

Education at all times is a social elevator, it makes it possible to take a worthy place in society, to ensure a high standard of living. In today's technological world, education is especially important. Higher education in Europe and other developed countries raises the average level of payment 2 times

The unemployment rate in developed countries among professionals with university degrees is 3 times less than among fellow citizens with secondary education. In periods difficult for the economy, the number of students increases sharply: those who have difficulties with work use forced respite to increase their level of professionalism.

However, a higher education diploma alone will not raise salaries by 2 times. To get the expected dividends, it is necessary to approach the choice of educational programs wisely, thinking not for today, but for tomorrow. And tomorrow will be such that the proportion of people with higher and special education will make up more than a third of the total active population of the planet instead of a tenth of today.

Today, the modern economy does not need people without education. Tomorrow will be needed not just masters, but highly qualified specialists. It turns out that a good education today is an opportunity to survive tomorrow!

Репозиторий ГрГМУ

Globalization, which has become a reality today, on the one hand, opens up enormous prospects for students, but, on the other, increases competition in the labor market. Student mobility is growing rapidly: the flow of young people from the East is seeking knowledge in the West, and students of Western countries are increasingly studying at free European or almost free eastern universities. Even the educational services market itself is changing [1].

Tomorrow will be needed not just masters, but highly qualified specialists with the right education (table 1).

Education is a multi-year process designed to deliver value in the future. The world is constantly changing: tomorrow is not like yesterday. But deciding on the choice of direction of study, most think just yesterday's categories. The general trend is obvious: the world is undergoing an information technology revolution. Specialists involved in the production, storage, processing and sale of information are already in demand the most today and receive 80% more salaries than the average salary (The Bureau of Labor, USA).

Table. 1. Graduation of masters aged 25-34 years by country,% of the total

Country	Year		
	2000	2010	2020
USA	17%	14%	11%
United Kingdom	3%	3%	4%
Canada	2%	2%	2%
Russia	12%	11%	7%
China	17%	18%	29%
Japan	10%	7%	4%
Korea	4%	4%	6%
Germany	3%	2%	2%
Spain	3%	2%	1%
Other	10%	12%	12%

Technologies are developing rapidly, humanity does not keep pace with them. However, the technical areas of study (STEM) when choosing a course of study at a university are far inferior in popularity to socio-economic ones: every third European student wants to be a manager or economist.

In the high-tech world, education is becoming technologies that provide the applied skills and competencies needed in the labor market and make the learning process arbitrarily long. On the one hand, this leads to the emergence of new popular professions and training programs, and on the other hand, the rapid loss of relevance of the old, more recently prestigious, areas. In order not to get lost in this sea of offers and not to be retrained, you need to correctly choose the direction of training and the future profession. And you need to do this with an eye on tomorrow, and not because it was so yesterday [3].

And tomorrow does not look rosy. Judging by the trends of today, the high-tech and technology center will move to Asia, and it seems that they will be the ones applying for highly paid jobs (Fig. 1).

Репозиторий ГрГМУ

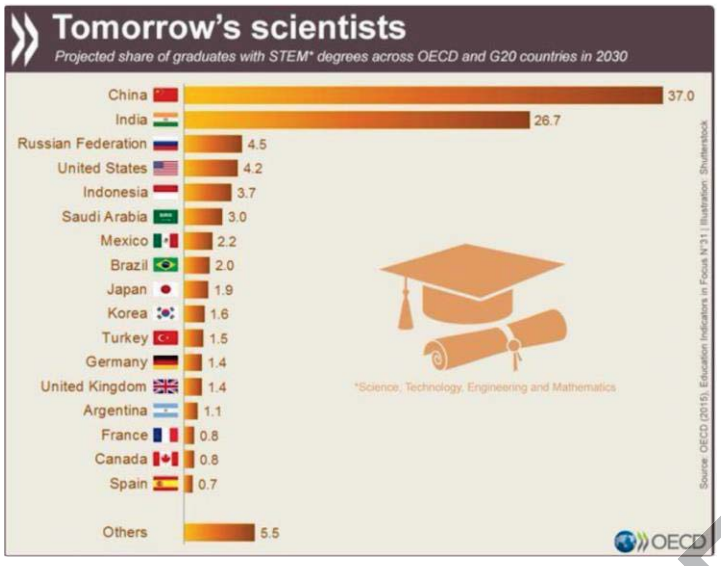


Fig. 1. High technology and technology center of highly paid specialists (forecast 2030)

The development of technology is an endless process, and therefore education becomes practically constant: to be in demand in your profession, you need to constantly keep abreast, constantly master new skills, otherwise the value of the education you have received will tend to zero. But education today is a very expensive thing, both in terms of its cost and in terms of time costs. The effort put into education must be profitable.

The population of the planet over the past 50 years has increased by almost 2 times and the increase in living standards in developing countries, provoking an increase in the number of students in Asia, Latin America and the Middle East. This, in turn, affected the rise in education prices (Fig. 2). The cost of educational services is many times higher than the inflation rate.

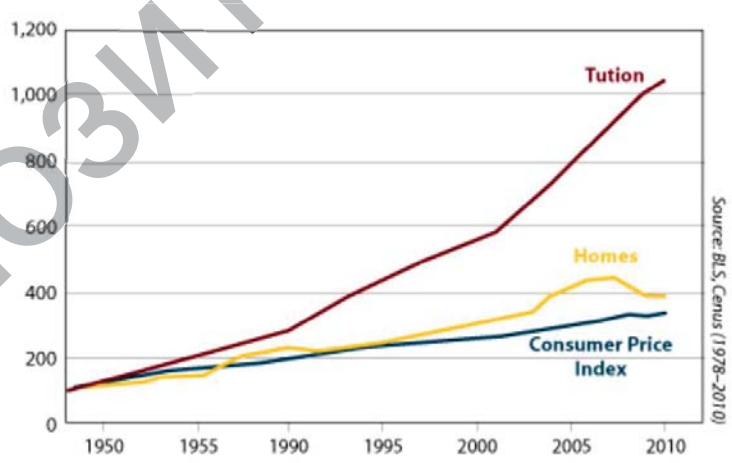


Fig. 2. Education price rise (Tution – the cost of education in the United States, Homes – the value of real estate, Consumer Price Index)

In English-speaking countries, access to higher education is provided either by a high income level of parents, or student loans, or social programs. In continental Europe, education remains free. However, the number of graduates with complete

Репозиторий ГрГМУ

higher education is decreasing both there and there, but developing countries, primarily Asian ones, on the contrary, are only increasing the output of masters and doctors of sciences.

Education has become global, going beyond national borders. Today it is already commonplace when a Canadian student is studying in China, and a student from China is studying in France.

The current level of technology development makes it possible to reduce costs by providing the possibility of distance learning.

The cost of a specialist in the labor market depends on in which university and for which specialty the candidate studied. University ratings are published annually, however, these are general ratings – it is much more difficult to find specialized ratings in areas of study. It is even more difficult to understand which areas will be most in demand on the labor market in 10 years. To do this, you need to analyze a lot of statistical materials, and for different countries separately. However, it is better to do this than to go where everyone goes and then join the ranks of unemployed managers and economists together.

In modern conditions, just education is not enough. In order for time, effort and money invested in training to pay dividends, training must be of high quality. That is why for some graduates, luck in becoming a job as sellers or secretaries.

High-quality training means good employment prospects and a high level of salary. Unfortunately, this becomes clear after the fact, when education is already received, time and money have already been spent. And so that they are not wasted, it is necessary to select educational institutions and training programs in advance according to the criteria of the quality of education [2].

Quality training is crucial for successful employment. It is quality training that interests employers around the world. And the opinion of employers take into account the ratings of educational institutions. So if you want to ensure the future of your children, pay attention to them!

In terms of content, education today is becoming more applied, giving students not so much a systematic way of thinking and understanding the ongoing processes, but the sum of the skills and competencies necessary for successful employment.

These processes have caused three trends in the modern educational process, which so far are not visible to everyone.

Firstly, the curricula of schools and universities are becoming more flexible, giving students self-determination, the right to choose what exactly and how deeply they want to study.

Secondly, the educational process itself is increasingly focused not on traditional lessons in the classroom with the teacher, but on the independent work of students, which the teacher only corrects.

Thirdly, communication between the student and the teacher is becoming more and more remote.

However, such freedom, both in the organization of the educational process and in its content, assumes that the student is informed of potential opportunities in general and that he is aware of the practical value of a particular program in

Репозиторий ГГПУ

particular. In addition, modern education requires a high degree of self-organization and motivation of students, understanding the goals and prospects of their education.

Bibliografy

1. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EAG_NEAC – date of the application 18.05.2020.
2. Kuznecov O. E. Uporyadochennaya deyatel'nost' prepodavatelya i studenta / O. E. Kuznecov, A. A. Kuznecova // Medicinskoe obrazovanie XXI veka: praktikoorientirovannost' i povyshenie kachestva podgotovki specialistov / Sbornik materialov Respublikanskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. – Vitebsk: VGMU, 2018. – 472s. – S. 334-336.
3. Harris, C. Human resource management and performance in healthcare organisations / C. Harris, P. Cortvriend, P. Hyde // J. Health Organ Manag. – 2007. – №21(4–5). – P. 448 – 459.

ПОДГОТОВКА И ПЕРЕПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ БЕЛАРУСИ В ПЕРВОЕ ПОСЛЕВОЕННОЕ ПЯТИЛЕТИЕ

[Тищенко Е. М.], Матвейчик Т. В.*

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь*

Резюме. В послевоенные годы актуальным стал вопрос подготовки медицинских сестер и врачей, ряды которых значительно поредели за счет гибели на фронтах Великой Отечественной войны. Опыт послевоенной организации их обучения актуален для современных педагогов.

Ключевые слова: обучение, обеспечение, медицинские сестры, укомплектованность.

TRAINING AND RETRAINING OF MEDICAL PERSONNEL IN BELARUS IN THE FIRST POSTWAR FIVE-YEARS

[Tishenko E. M.], Matveichik T. V.*

Grodno State Medical University
Belarussian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus*

Annotation. In the postwar years, the question of training medical nurses and doctors, whose number decreased considerably due to deaths during the Great Patriotic War, became actual. The experience of postwar organization of their training is essential for present-day teachers.

Key words: education, provision, medical nurses, staffing

Репозиторий ГрГМУ

Совместная работа с доктором медицинских наук, профессором, подготовившим к защите диссертации около 10 человек, была насыщенной и активной, но непродолжительной. В архивах переписки с другом и соратником обнаружен фрагмент его неопубликованной статьи. С незначительной современной доработкой предлагаем ее читателям.

Известно, что за период 1941-1945 гг. потери санитаров, санинструкторов и санитаров-носильщиков составили более 88% людских потерь медицинских служб Красной армии, а средняя продолжительность жизни санинструктора на передовой в 1941 г. составляла всего 41 секунду. В период Великой Отечественной войны смертность медицинских работников была на втором месте после гибели на полях сражений бойцов стрелковых подразделений, составив 88% [1].

Общие потери медицинской службы РККА в годы войны составили 210 601 человек, что в 10,5 раза превышало потери медицинской службы армии США (19 898 человек), а санитарные – в 7,7 раза (соответственно 125 808 и 16 248 человек). При этом 88,2% потерь приходился на рядовой и сержантский состав, т.е. на передовое звено медицинской службы, действовавшей на поле боя.

Во время войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медиков, из них 5 тыс. врачей, 9 тыс. средних медицинских работников, 23 тыс. санитарных инструкторов, 48тыс. санитаров и санитаров-носильщиков [2].

Значимость подвига врачей, фельдшеров, медицинских сестер и санитаров, согласно приказу Г.К. Жукова «Раненых на поле боя не оставлять!», которые за 1941-1945 гг. поставили на ноги 72,3% раненых солдат и офицеров, 90,6% заболевших вернули в строй, обозначена в приказе Наркома обороны от 23 августа 1941 г.№281. В нем отмечена степень вклада в победу работы каждого санитара, медсестры, носильщика: за вынос с поля боя 15 раненых и их оружием – представлять к правительственной награде – медалью «За боевые заслуги» или «За отвагу», за помощь 25 раненым – орден Красной Звезды (награждено 86 570 человек). За 40 спасенных из боя человек – орден Красного Знамени (награждено 3550 человек), за 80 спасенных с поля боя – орден Ленина (награждено 285 человек), что приравнено к боевому подвигу. Высшим знаком отличия Международного Комитета Красного Креста – медалью Флоренс Найтингейл отмечены 44 медицинской сестры. Всего более 116 тысяч человек личного состава военно-медицинской службы и 30 тыс. медицинских работников здравоохранения страны были награждены орденами и медалями СССР.

В послевоенных Постановлениях Совнаркома Беларуси было уделено значительное внимание восстановлению педагогического состава медицинских вузов и школ [3]. В учебных программах были учтены узкие места медицинского обеспечения военного периода: недостаток кадров, дефицит медикаментов и оборудования, а также идеологические причины военного времени (сокрытие случаев опасных инфекций) и бюрократические проволочки (множество различных ревизоров, иногда одновременно) [4].

Репозиторий ГрГМУ

Помимо этого, в образовательном процессе были учтены:

*телеграфное распоряжение от 10.07.1941 г. №452320 Смирнова Е. И. «…главной задачей службы войскового района является *своевременное оказание доврачебной помощи*», следствием послевоенной практики стал акцент на обучение медицинских сестер доврачебной помощи;

**не только лечение, но и быстрейшая реабилитация раненых* в целях обеспечения людскими резервами оперативных и стратегических операций Красной Армии, результатом стало развитие медицинской реабилитации в послевоенное время [3, 5];

*первоочередное обеспечение медицинской помощью рабочих оборонных заводов (Приказы, распоряжения Наркомздрава СССР за ноябрь 1941 г., др.) и местных органов здравоохранения, позволило *увеличить* количество цеховых, заводских здравпунктов, амбулаторий, поликлиник, больниц и *медико-санитарных частей, как органической части предприятия, своеобразных «цехов здоровья»*;

**переподготовку* врачей поликлиник по *смежным* специальностям;

*уменьшившиеся возможности стационарной помощи компенсированы организацией «*стационаров на дому*». Этот опыт нашел отражение в послевоенном обучении врачей и медицинских сестер, дошел до настоящего времени.

В октябре 1944 г. из Ярославля в Минск возвратился медицинский институт, а в ноябре начались занятия. Однако в 1945 г. число выпускников (142) не достигло довоенного уровня (в 1941 г. – 364).

Постановления Совнаркома Беларуси «О подготовке медицинских сестер для республики» (28 марта 1944 г.) и «О подготовке колхозных медсестер в системе общества Красного Креста» (19 марта 1945 г.) были направлены на восстановление количества среднего медицинского персонала. Однако в 1945 г. число средних учебных медицинских заведений (23) было ниже, чем в предвоенное время (в 1941 г. – 35). Помимо прочего, медицинские школы не имели достаточного количества помещений, не хватало учебной литературы и наглядных пособий.

Вследствие того, что подготовка медицинских кадров для БССР только разворачивалась, а направление медицинского персонала из других республик не могло компенсировать имевшийся дефицит физических лиц, в 1945 г. его количество было ниже довоенного уровня. Число врачей в городе составляла 45,6% довоенного уровня, а среднего медицинского персонала – 57,9% [2].

В связи с недостатком медицинских кадров 37,4% врачебных должностей в городах (при высоком коэффициенте совместительства – 2,0) оставались незамещенными. Лечебно-профилактические учреждения БССР были укомплектованы средним медицинским персоналом только на 74% [5].

Наряду с подготовкой кадров возобновилась работа по повышению квалификации медицинского персонала. Народный комиссариат здравоохранения БССР совместно с Минским медицинским институтом организовывал и проводил в городах и деревнях научные воскресники для

Репозиторий ГрГМУ

участковых врачей, а также декадники лекций по основным проблемам медицины. С этой целью еще весной 1944 г. Государственная центральная медицинская библиотека направила в освобожденные районы БССР 7 тыс. книг. Возобновили работу и научные медицинские общества (7 декабря 1944 г. – республиканское, 15 ноября 1945 г. – хирургическое).

Белорусский институт усовершенствования врачей начал деятельность с небольшим числом кафедр и слушателей 1 апреля 1945 г. в Минске. В 1945 г. Центральный институт усовершенствования врачей стал выделять первые путевки для медицинских работников Беларуси.

В Беларуси восстанавливается (1946) Витебский медицинский институт. С 1947г. вводится шестилетняя подготовка врачей. За первые две послевоенные пятилетки Минским медицинским институтом подготовлено 3345 врачей. Половина из работавших врачей являлись выпускниками двух медицинских вузов БССР. Складывавшаяся в 1948 г. ситуация в биологической (доктрина Т. Д. Лысенко) и физиологической (учение И. П. Павлова) науке нашла отражение в программах подготовки медицинских кадров и работе лечебных учреждений.

За 1946-1950 гг. подготовлено 11788 средних медицинских работников (88,8% плана). Выпуск 1950 г. составил 51,6% уровня 1940 г. Вместе с тем, медицинские школы с 1953 г. реорганизуются в училища, при них открываются (1955) заочные и вечерние отделения [5]. В 1953 г. медицинская школа преобразована в медицинское училище с едиными профилями и сроками обучения. В 60-е гг. XX в. произошло разделение медицинского обслуживания на две ступени, для тяжелобольных пациентов введена специальность младшей медсестры. Впервые должность главной медицинской сестры утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР №395 в 1965 г., а в 1977 г. издано приложение №45 к этому приказу, которым введена должность старшей медицинской сестры [3].

Выводы. Перспективы развития сестринского дела базируются на отправных точках исторического опыта. Сестринское образование в послевоенное время прошло определенные этапы развития, совершенствуя процесс обучения, закрепляющий новое место и более самостоятельную роль медицинской сестры. Опыт, накопленный военными медиками в сражениях первого и последующих лет войны, способствовал унификации применения научно обоснованных методов медицинской помощи раненым, что помогло связывать в единый процесс принципы единства, последовательности, преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий на общей теории боевой патологии, в рамках военно-полевой медицинской доктрины.

Значимость непрерывного образования в современной практике будет и далее поддерживаться научными исследованиями и педагогическими новациями в образовании. Опыт обучения на разных этапах развития и совершенствования медицинского обучения врачей и сестер должен быть применим в современных условиях.

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1. Слесарчук А. А. Медицинская служба РККА: готовность и война». – М., 2015.
2. Мирский М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Н. Хильмончик. – Гродно: ГрГМУ, 2007.
3. Матвейчик Т. В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016.
4. Петрова И. А. Комиссарова Е. В. Медики в Сталинградской битве // История в подробностях. – 2012. – №8(26). – С.68-77.
5. Тищенко Е. М. Общественное здоровье и здравоохранение / Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский. – Гродно: ГрГМУ, 2004.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ – СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБУЧЕНИИ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Милош Т. С.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Внедрение симуляционных технологий в практическую подготовку студентов и врачей, позволяет отработать навыки клинической работы на практике до применения их у пациентов, повышая освоение медицинских знаний и умений, улучшая успеваемость студентов, квалификацию врачей.

Ключевые слова: акушерство, гинекология, симуляционное преподавание, современное медицинское образование

SIMULATION TEACHING – A MODERN METHOD OF DEVELOPMENT OF MEDICAL EDUCATION IN TRAINING AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Milosh T. S.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The introduction of simulation technologies in the practical training of students and doctors allows practicing clinical work skills in practice before applying them to patients, increasing the development of medical knowledge and skills, improving student performance, and the qualifications of doctors.

Key words: obstetrics, gynecology, simulation teaching, modern medical education

Репозиторий ГрГМУ

На кафедре акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета для улучшения процесса преподавания традиционные методики сочетаются с современными интерактивными образовательными технологиями обучения – в настоящее время широко используется симуляционное обучение (СО) как современное медицинское образование. Данный вид обучения считается инновационным в подготовке медицинских кадров.

Известно, что СО представляет собой освоение и совершенствование навыков и умений с помощью реалистичной модели: механической, электронной, виртуальной или гибридной. Тренинг с применением симуляционных технологий имеет целый ряд отличий и преимуществ перед традиционными методами проведения практического обучения в клинике у постели пациента или операционного стола. В ходе предварительного прохождения современных образовательных технологий дополнительно студенты, ординаторы, курсанты совершают меньше ошибок. При тренинге с использованием симуляционных технологий длительность занятий не зависит от внешних факторов и они могут проводиться в удобное время, неограниченно могут имитироваться редкие патологии, состояния и вмешательства, меньше стресс при первых самостоятельных манипуляциях, уровень подготовки оценивается объективно, что позволяет проводить обучение и без преподавателя, объективная оценка дает широкие возможности для проведения тестирования, сертификации, аккредитации, практический опыт приобретается без риска для пациента, для обучения не требуются экспериментальные животные [1, с. 49-61], [2, с. 3-7].

В процессе обучения на кафедре акушерства и гинекологии уделяется большое внимание освоению студентами, ординаторами и курсантами практических навыков. Поэтому для усовершенствования их освоения, мониторинга объема и качества, активно используется СО в центре практических навыков. Руководством университета данный центр организован и расположен в здании института фармакологии и биохимии Национальной академии наук Беларуси. В нем студенты и молодые специалисты осваивают новейшие перинатальные технологии на человекоподобном роботе Noelle, муляжах, манекенах, высокотехнологичных виртуальных медицинских тренажерах и симуляторах ультразвукового метода исследования.

Робот-симулятор Noelle – интерактивная модель имитатора родов с портативным компьютером W4514. Эксплуатация Noelle позволяет выпускникам моделировать более 15 клинических ситуаций при ведении родов и экстренных состояний, реально возникающих, в акушерской практике (рисунок 1).

Репозиторий ГрГМУ

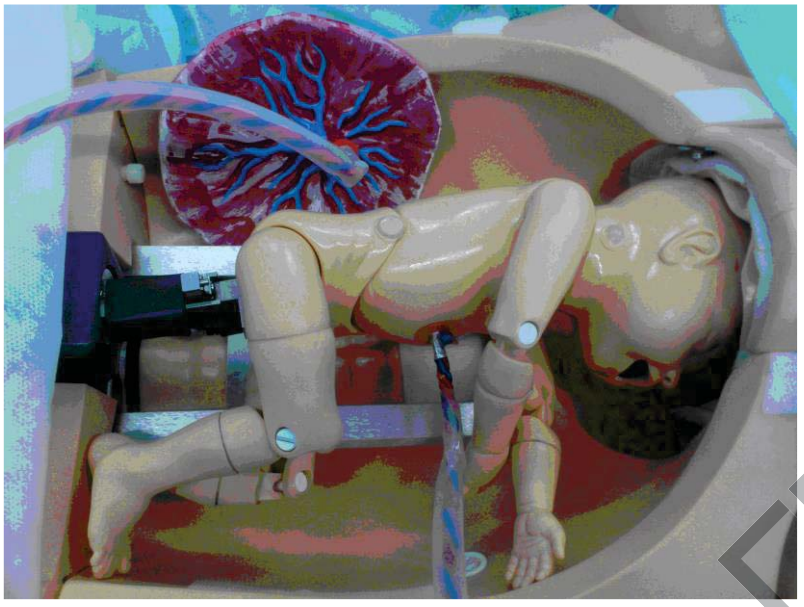


Рисунок 1. – Имитация родов в головном предлежании на роботе-симуляторе Noelle.

Человекоподобный симулятор реагирует автоматическим изменением жизненных параметров на внешние воздействия, манипуляции медперсонала или введение лекарств. К тому же, Noelle может издавать звуки, разговаривать, отвечать на вопросы. Благодаря наличию монитора представляется возможным контролировать состояние роженицы, по запланированному сценарию изменять показатели жизнедеятельности и при необходимости – тактику ведения родов.

В ходе занятий будущие врачи практикуются на муляжах, манекенах, высокотехнологичных виртуальных медицинских тренажерах – вагинальных исследований, гинекологическом симуляторе, где демонстрируются разные варианты нормальной и беременной матки, шейки матки, идет обучение и демонстрация родов. Студенты осматривают родовые пути, выполняют влагалищное исследование, принимают роды и оказывают акушерские пособия в родах, делают кесарево сечение, отрабатывают технику ушивания промежности после ее рассечения.

На симуляторах новорожденных выпускники оценивают параметры доношенных и глубоконедоношенных новорожденных. Манекены издают звуки, способны двигать конечностями, изменять цвет кожных покровов, имитировать дыхательные движения и сердечную деятельность. С их помощью можно воспроизвести клинические состояния нарушений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной систем, отработать тактику проведения первичных реанимационных мероприятий в родовом зале, анализировать параметры на портативном компьютере W4514.

На интерактивной модели имитатора ультразвукового аппарата SHALL 64 (Shallware 128-6) студенты тренируются диагностировать наиболее частые нарушения, встречающиеся во время гестации, послеродовом периоде, установить ургентные состояния в гинекологии (рисунок 2).

Репозиторий ГрГМУ

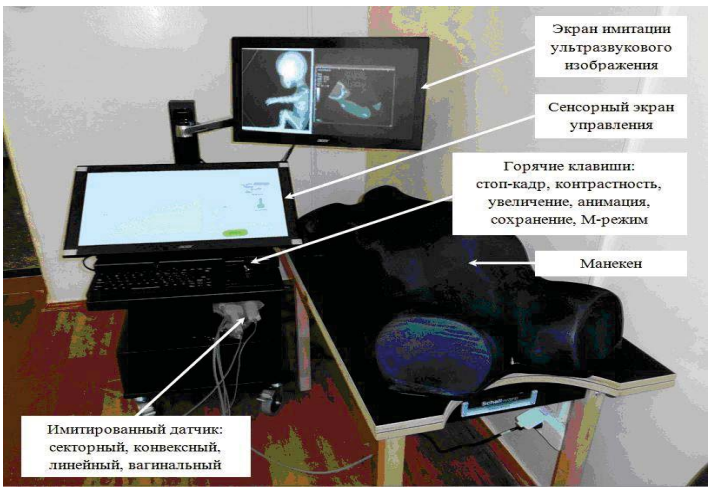


Рисунок 2. – Имитатор ультразвукового аппарата SHALL 64 (Shallware 128-6)

Симулятор оснащен конвексным, линейным, вагинальным, секторным датчиками, позволяющими научиться правильно выводить требуемые параметры для оценки клинических ситуаций.

Кроме того, будущие врачи, ординаторы и курсанты для отработки практических навыков в гинекологии используют виртуальный симулятор лапараскопической хирургии и гинекологии – LAPSIM (рисунок 3).



Рисунок 3. – Виртуальный симулятор ЛапСим

С его помощью можно усовершенствовать владение эндохирургическим инструментарием, приобрести отлаженные навыки и приемы выполнения эндохирургических вмешательств в абдоминальной хирургии и гинекологии в виртуальной среде с реалистичной имитацией тактильной чувствительности. На тренажере LAPSIM возможно освоение практических навыков как начинающих, так и опытных эндохирургов. В ходе занятий используется

Репозиторий ГрГМУ

индивидуальная настройка сложности выполнения учебного курса с последующей сертификацией курсантов по его окончанию.

Итак, внедрение СО, являющегося современным медицинским образованием, дает возможность для коренного изменения качества образования в лучшую сторону: оптимизирует учебный процесс, повышает заинтересованность студентов и выпускников к процессу обучения, пополняет объем знаний по дисциплине, все участники образовательного процесса взаимодействуют друг с другом, возможна демонстрация навыков и профессиональных качеств, исследование может быть неоднократно повторено для выработки уверенности выполнения и ликвидации ошибок, исключается на данном этапе из процесса обучения пациент, что позволяет объективно осуществить педагогический контроль.

Имитационный способ преподавания позволяет отработать модели поведения медицинского персонала (работа в команде), создать реальную обстановку. Наглядная демонстрация повышает освоение теоретических знаний и практических навыков, следовательно, улучшает успеваемость студентов. Благодаря интерактивным моделям мотивация к качественному обучению повышается как среди учащихся, так и преподавателей, имеет большое практическое значение. Это дает возможность обучающимся интересно учиться, а преподавателю – интересно работать.

Повышение качества подготовки специалистов – важнейшая проблема высшей школы медицинского образования. Важно, чтобы в результате обучения каждый студент, молодой врач овладел необходимыми знаниями, умениями и навыками, которые позволят ему успешно работать. Использование имитационного способа преподавания в традиционном учебном процессе показало свою актуальность. Предлагаемый инновационный подход к подготовке будущих кадров позволит более эффективно обучать новейшим акушерско-гинекологическим технологиям и в дальнейшем внедрять их в практическую деятельность.

Литература

1. Косаговская, И. И. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине / И. И. Косаговская, Е. В. Волчкова, С. Г. Пак // Эпидемиология и инфекционные болезни. – № 1. – 2014. – С. 49-61.
2. Леванович, В. В. Роль и место современных образовательных технологий в медицинском вузе / В. В. Леванович, Г. А. Суслова, А. В. Гостимский // Педиатр. – Т. IV – № 4 – 2013 – С. 3-7.

Репозиторий ГрГМУ

БЕЛОРУССКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ: ПОДВОДИМ ИТОГИ, РАЗМЫШЛЯЕМ О БУДУЩЕМ

Петрище Т. Л.[1], Ильницкий А. Н.[2], Прощаев К. И.[3]

Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение, г. Витебск, Республика Беларусь[1]
Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва, Россия[2]
Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр "Геронтология"», г. Москва, Россия[3]

Резюме. В основе развития белорусской геронтологии и гериатрии лежат преемственность традиций и системный подход. Анализ on-line ресурсов позволил выявить пять основных направлений диссертационных исследований, в которых рассматриваются вопросы возраста и старения.

Ключевые слова: геронтология, гериатрия, история геронтологии, диссертации, научные разработки

BELARUSIAN GERONTOLOGY AND GERIATRICS: SUMMING UP, THINKING ABOUT THE FUTURE

Petrishche L. T. [1], Ilnitski A. N.[2], Prashchayeu K. I. [3]

Belarusian Republican Public Association Of Gerontological, Vitebsk, Belarus[1]
Academy of postgraduate education of the Federal state budgetary institution «Federal research and clinical center for specialized types of medical care and medical technologies of the Federal medical and biological Agency», Moscow, Russia[2]
Autonomous nonprofit organization «Research medical center "Gerontology"», Moscow, Russia[3]

Summary. The development of Belarusian gerontology and geriatrics is based on the continuity of traditions and a systematic approach. The analysis of on-line resources revealed five main areas of dissertation research that address issues of age and aging.

Key words: gerontology, geriatrics, history of gerontology, dissertations, scientific developments

Введение. В 2020 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) приняла план Десятилетия здорового старения на период 2020-2030 гг. Предполагают, что правительства, гражданское общество, международные учреждения, специалисты, ученые, средства массовой информации и частный сектор объединят свои усилия в интересах улучшения жизни пожилых людей, их семей и сообществ [2]. В этом контексте исследования в области геронтологии и ее истории приобретают еще большую значимость.

Репозиторий ГрГМУ

Через призму истории в полной мере можно оценить то, что уже достигнуто, выявить достоинства и недостатки исследований и с их учетом наметить перспективы дальнейшего развития.

Цель исследования. Проследить основные итоги развития научных исследований геронтологической направленности в Республике Беларусь.

Результаты исследования. Белорусская геронтология и гериатрия имеет определенные традиции. В новейшей истории ее становление связано, прежде всего, с именем выдающегося белорусского ученого и организатора науки академика В.Ф. Купревича (1897-1969). Более 15 лет (1952-1969 гг.) он возглавлял Академию наук БССР (в настоящее время – это Национальная академия наук (НАН) Беларуси). В своих работах он развивал идеи русского космизма. На проблему возраста он смотрел глобально, считая, что по аналогии с некоторыми растениями, человек также может жить неопределенно долго. Просто необходимо понять механизмы старения клеток и научиться их отключать. Огромной заслугой В.Ф. Купревича в развитии геронтологии как самостоятельной научной отрасли является создание в Академии наук БССР в 1960-е гг. сектора геронтологии. Это был первый претендент организации подобной структуры в академическом учреждении в СССР [3, 4].

В течение многих десятилетий Беларусь была в составе СССР. Поэтому белорусская геронтология и гериатрия развивалась в русле общесоюзных тенденций и достижений в этой области. Фундаментальные основы клинической геронтологии, социальной геронтологии и биогеронтологии были заложены академиком Д. Ф. Чеботаревым (1908-2005). Он более 25 лет (1961-1987 гг.) возглавлял Институт геронтологии АМН СССР, который был организован в Киеве в 1958 г. Институт являлся не только ведущим учреждением в СССР, но и имел мировое значение [3].

Следующий этап развития белорусской геронтологии связан с именем профессора В. Х. Хавинсона, выходца из Беларуси. Он обосновал пептидную теорию старения. Его основные научные интересы связаны с созданием, экспериментальным и клиническим изучением пептидных биорегуляторов. В 1992 г. В. Х. Хавинсон создал научно-исследовательский центр «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» (http://www.gerontology.ru). Там был организован базисный диссертационный совет, который готовил научные кадры в области геронтологии и гериатрии для стран постсоветского пространства.

В частности белорусскими учеными в этом совете было защищено 2 докторские и 3 кандидатские диссертации по специальности «Геронтология и гериатрия». В 2005 г. докторскую диссертацию «Тактика и особенности ведения больных с артериальной гипертензией в пожилом и старческом возрасте при хирургических вмешательствах» защитил К. И. Прощаев. Он стал первым доктором наук по специальности «Геронтология и гериатрия» в Беларуси. В 2007 г. докторскую диссертацию «Профилактика инвалидности при терапевтической патологии у людей пожилого возраста» защитил А. Н. Ильницкий.

Репозиторий ГрГМУ

Профессор К. И. Прощаев и профессор А. Н. Ильницкий создали научную школу в области геронтологии и гериатрии. К настоящему моменту под руководством профессора К. И. Прощаева защищено 2 докторских и 16 кандидатских диссертаций, а под руководством профессора А. Н. Ильницкого – 3 докторских и 15 кандидатских диссертационных исследований [3, 4].

В 2013 г. К. И. Прощаев и А. Н. Ильницкий создали Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение (http://gerontology.by). В его состав входят врачи, провизоры, социальные работники, журналисты, ученые и просто активные люди, которых интересуют проблемы старения. Одной из сфер его деятельности является накопление, обобщение и систематизация знаний в области геронтологии и гериатрии, в том числе изучение истории данного вопроса. Причем речь идет не только о медицинских аспектах, но рассматривается также социальная работа, культурная геронтология, биогеронтология и др., а фактически все области человеческих знаний так или иначе связанные с вопросами возраста и старения [5].

С момента дезинтеграции СССР прошло почти 30 лет. Канун 30-летия белорусской государственности – это время подвести итоги в развитии белорусской геронтологии за этот период новейшей отечественной истории. Поэтому мы решили проанализировать научные работы, выполненные белорусскими исследователями, в которых затрагиваются вопросы возраста, старения и возраст-ассоциированной патологии. Исходя из присущих белорусской геронтологии традиций, мы решили составить системное представление о том, как в Беларуси изучалась проблема возраста и старения не только в медицине, но и других областях научного знания. Тем более это полностью созвучно принципам и подходам в рамках Декады здорового старения, которая объявлена ВОЗ в феврале 2020 г. [1].

Концентрированным выражением научных результатов являются *диссертационные исследования*. Наибольшей фундаментальностью и высоким уровнем обобщения отличаются докторские диссертации. Именно в рамках диссертационных исследований проводятся наиболее важные и объемные эмпирические научные наблюдения. Они в определенном смысле могут служить индикатором развития геронтологической мысли в конкретном историческом периоде. Поэтому именно диссертации и стали объектом нашего исследования.

Систематизация и обобщение результатов диссертационных исследований белорусских исследователей позволит:

- определить направления развития геронтологии и гериатрии, представленные в современной науке Беларуси;
- создать универсальную классификацию основных направлений исследований геронтологической тематики;
- выявить сильные стороны и возможные недостатки диссертационных исследований;

Репозиторий ГрГМУ

– разработать примерную программу наиболее актуальных и перспективных направлений научных исследований в научной геронтологии и гериатрии (это своего рода размышления о будущем отечественной геронтологии).

В настоящее время в Республике Беларусь нет единой базы данных, аккумулирующей полнотекстовые материалы авторефератов и диссертаций по геронтологии и гериатрии. Для систематизации знаний необходим наукометрический анализ нескольких электронных on-line ресурсов. Предварительный анализ базы авторефератов Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь (https://e-catalog.nlb.by/) [1] позволил выделить несколько основных тематических блоков, по которым в нашей стране выполнялись диссертации геронтологической направленности. В каждом из них были выделены подразделы.

Классификация диссертационных исследований геронтологической направленности:

1. Социально-культурная геронтология.
   1.1. Старость как культурно-исторический феномен.
   1.2. Отражение в народном фольклоре и народной культуре.
   1.3. Геронтологические концепты в лингвистических конструкциях и языковой картине мира: «Возраст», «Старость», «Время», «Жизнь», «Смерть». Образ пожилого и старого человека в лингвокультуре и языковой картине мира.
   1.4. Отражение геронтологических вопросов в художественной литературе (проза, поэзия).
2. Медико-биологические и физиологические аспекты старения и развития возраст-ассоциированной патологии.
   2.1. Процессы, протекающие при старении. Изучены на животных.
   2.2. Факторы, влияющие на заболеваемость. Изучены на животных.
   2.3. Факторы, влияющие на возраст-ассоциированную заболеваемость, в исследованиях на людях. Питание. Лекарственные средства. Фармакотерапия.
3. Геронтология и клиническая гериатрия, вопросы возраст-ассоциированной патологии в клинческих исследованиях.
   3.1. Геронтология. Геронтологические теории и концепции.
   3.2. Терапевтический профиль.
   3.3. Хирургический профиль.
4. Медико-организационные аспекты оказания медицинской и фармацевтической помощи пожилым пациентам.
   4.1. Инвалидизация людей пожилого и старческого возраста.
   4.2. Организация лекарственного обеспечения пожилых пациентов.
5. Государственная политика в области социального и пенсионного обеспечения.
   5.1. Социальная служба. Социальные работники. Учреждения социальной защиты. Долговременный уход.

Репозиторий ГрГМУ

5.2. Социальная активность и трудовая занятость пожилых граждан. Эйджизм. Герогика.

5.3. Социальная политика. Пенсионные система и обеспечение. Пенсионный возраст.

5.4. Молодое поколение и люди пожилого возраста.

5.5. Старение населения и демографическая политика.

Приведенная классификация носит весьма условный характер. Во-первых, научно-информационный поиск диссертаций геронтологической направленности пока не завершен окончательно, намечены наиболее общие направления. И во-вторых, многие диссертации выполнялись на стыке нескольких научных дисциплин, и могут быть отнесены к различным направлениям. Так, например, в каждой клинической дисциплине можно выделить 2 основные составляющие: 1) медико-биологические; 2) клинические аспекты.

Выводы. 1. Истоки становления белорусской геронтологии соотносятся с работами В. Ф. Купревича, Д. Ф. Чеботарева, В. Х. Хавинсона. Отличительной чертой является преемственность исторических традиций и системный подход к геронтологии, что нашло отражение в исследованиях К. И. Прощаева и А. Н. Ильницкого и их научной школы.

2. Анализ диссертаций позволит составить представление об общей направленности исследований вопросов возраста в новейшей истории, выявить основные исследовательские ниши, а также наметить наиболее актуальные и перспективные направления развития это научной специальности в Республике Беларусь.

Литература

1. Библиотека авторефератов / Высшая аттестационная комиссия Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://vak.gov.by/library.
2. Десятилетие здорового старения на период 2020-2030 гг. // Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-ru.pdf?sfvrsn=64fd27ba_2.
3. Клеточные хроноблокаторы в клинической практике: монография [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев, Т. Л. Петрище. – М: Изд-во «Триумф», Лучшие книги, 2019. – 168 с.
4. Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gerontolog.info/index.html.
5. Рэспубліканская грамадская арганізацыя «Беларускае рэспубліканскае геранталагічнае грамадскае аб’яднанне» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://gerontology.by/o_ab.html.

Репозиторий ГрГМУ

ЭМПАТИЯ У СТУДЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Сделан анализ показателей отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии – почти у половины респондентов он оказался заниженным.

Ключевые слова: уровень эмпатии, молодежь.

EMPATHY AT STUDENTS GETTING HEALTH EDUCATION

Smirnova G. D., Gubar L. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. An analysis of the indices of individual scales and a general total assessment of the level of empathy were made – in almost half of the respondents it turned out to be underestimated.

Key words: level of empathy, youth.

Эмпатия – это осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека, без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания. В медицине эмпатией часто называют то, что в психологии называется «эмпатическим слушанием» – понимание эмоционального состояния другого человека и демонстрацию этого понимания. Например, при опросе пациента врачом, проявление эмпатии означает, во-первых, понимание слов, чувств и жестов пациента, а во-вторых, такое проявление этого понимания, что пациенту становится ясно, что врач осознает его переживания. Таким образом, акцент делается на объективной стороне процесса, а обладание навыком эмпатии означает способность собрать информацию о мыслях и чувствах пациента. Цель такого эмпатического слушания – дать понять пациенту, что его слушают, и поощрить его к более полному выражению чувств, позволив врачу, в свою очередь, составить более полное представление по теме рассказа [2]. Существует значимая связь между уровнем эмпатии и профессиональной направленностью, а также положительной мотивацией к лечебной деятельности. Тот или иной уровень эмпатии является профессионально необходимым качеством для всех специалистов, работа которых непосредственно связана с людьми [1].

Эмпатия является интегральным устойчивым личностным качеством, мало поддающимся развитию в процессе обучения и овладения профессией, что определяет необходимость включения методов, направленных на выявление этого свойства в структуру профессионального отбора студентов-

Репозиторий ГрГМУ

медиков [3]. Способность к эмпатии значимо коррелирует с такими качествами, как терпимость к недостаткам других, низкая эмоциональная уязвимость, альтруизм и открытость в общении [2]. Для проявляющих высокую степень эмпатии характерны мягкость, доброжелательность, общительность, эмоциональность, а для демонстрирующих низкую степень эмпатии – замкнутость, недоброжелательность [3].

Каждый компонент структуры эмпатических способностей требует своего определения. Интуитивный компонент – это способность респондента видеть поведение партнера, действовать в условиях дефицита информации, опираясь на опыт подсознания. Интуиция менее подвержена действиям стереотипов, чем осмысленное восприятие партнера [1]. Рациональный компонент, по В. В. Бойко, характеризуется направленностью внимания, восприятия и мышления эмпатируемого непосредственно на сущность другого человека – на его состояния, проблемы, поведение. Это скорее спонтанный процесс, чем мотивированный, являющийся основой для эмоционального и интуитивного постижения объекта [3]. Женщины и мужчины по уровню эмоционального интеллекта не различаются, но у мужчин сильнее развито чувство самоуважения, а у женщин – эмпатии и социальной ответственности [1].

Профессия медицинского работника привлекает к себе с каждым годом все больше молодежи, несмотря на то, что общеизвестно, что подготовка к ней трудная, длительная, требует от студентов-медиков гораздо больше настойчивости и самоотречения, чем от студентов других учебных заведений [2].

Цель исследования: выявить уровень эмпатии у студентов.

Методы исследования: Валеолого-диагностическое тестирование 158 респондентов в возрасте 19-23 лет. Применялись следующие методики исследования: опросник «ЭМПАТИЯ» В. В. Бойко [3], методы математико-статистической обработки и представления полученных данных.

Результаты исследований. Сделан анализ показателей отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии. Оценки на каждой шкале могли варьироваться от 0 до 6 баллов и указывать на значимость конкретного параметра в структуре эмпатии (табл. 1).

Таблица 1 – распределение оценок с учетом значимости конкретного параметра в структуре эмпатии

	Студенты	
	M ± m	%
Эмоциональный канал эмпатии	3,5±0,02	42,3
Интуитивный канал эмпатии	3,0±0,03	8,9
Рациональный канал эмпатии	2,5±0,06	12,3
Установки, способствующие или препятствующие эмпатии	2,9±0,04	1,2
Проникающая способность в эмпатии	3,0±0,06	27,2
Идентификация в эмпатии	2,0±0,04	8,1

Эмоциональный канал эмпатии. Распределение оценок с учетом значимости параметров выявили тенденцию к преобладанию у 42,3% студентов

Репозиторий ГрГМУ

эмоционального канала эмпатии, при этом у респондентов четко прослеживается способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими – сопереживать, соучаствовать. Не менее значимой оказалась и проникающая способность в эмпатии, позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Эмоциональная отзывчивость в данном случае становится средством «вхождения» в энергетическое поле партнера. Понять его внутренний мир, прогнозировать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к эмпатируемому. Соучастие и сопереживание выполняют роль связующего звена, проводника от эмпатирующего к эмпатируемому и обратно.

Интуитивный канал эмпатии. Хорошая выраженность его оказалась только у 8,9% студентов. Балльная оценка свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о пациентах, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании и интуицию. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах. Интуиция, надо полагать, менее зависит от оценочных стереотипов, чем осмысленное восприятие партнеров.

Рациональный канал эмпатии. Выражен у 12,3% молодежи. Он характеризует направленность внимания, восприятия и мышления на сущность человека – на его состояния, проблемы, поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоционального и интуитивного отражения партнера. В рациональном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет эмпатирующему непредвзято выявлять его сущность.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, соответственно, облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов – выражены только у 1,2% респондентов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умонастроения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия. Напротив, различные каналы эмпатии действуют активнее и надежнее, если нет препятствий со стороны установок личности.

Проникающая способность в эмпатии выражена у 27,2% студентов, она расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Каждый из нас своим поведением и отношением к партнерам способствует информационно-энергетическому обмену или препятствует ему. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпатическому постижению.

Идентификация – еще одно непременное условие успешной эмпатии. Она имелась у 8,1% респондентов. Это умение понять другого на основе

Репозиторий ГрГМУ

сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Шкальные оценки выполняли вспомогательную роль в интерпретации основного показателя – уровня эмпатии. Среднестатистический анализ эмпатических способностей проводился как по показателям отдельных шкал, так и по их общей среднестатистической суммарной оценке уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться в пределах от 0 до 36 баллов (табл. 2).

Таблица 2 – анализ степеней уровня эмпатии

Характеристика		Студенты	
		M ± m	%
очень высокий уровень эмпатии	>30 баллов	31,4±0,03	18,1
средний уровень эмпатии	29- 22 баллов	27,6±0,07	19,7
заниженный уровень эмпатии	21-15 баллов	18,4±0,02	46,8
очень низкий уровень эмпатии	< 14 баллов	13,5±0,04	15,4

Эмпатия как, безусловно, положительное отношение к другому, является одной из составляющих нравственности человека. Почти у половины всех респондентов он оказался заниженным. Это показывает, что у студентов недостаточно развита направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на сущность любого другого человека – на его состояние, проблемы, поведение; на относительно невысоком уровне находится спонтанный интерес к другому. Они пока еще не умеют достаточно сопереживать, соучаствовать и показали как недостаточную способность «вхождения» в энергетическое поле партнера, так и не способность понять его внутренний мир, прогнозировать поведение. У студентов с заниженным уровнем эмпатии недостаточно развито умение предвидеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Вывод. Полученные результаты показывают, что будущие профессионалы обладают недостаточным диапазоном эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия. Поэтому исследование эмпатии как одной из составляющих нравственности человека на начальном этапе профессиональной подготовки позволяет в условиях возрастания социальной ответственности систем профессионального образования разрабатывать пути и. способы повышения нравственного развития будущего профессионала в образовательной среде профессионального учебного заведения.

Литература

1. Мухина, В. С. Возрастная психология. Феноменология развития / В. С. Мухина – М.: Академия, 2009 – 543 с.
2. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин – СПб.: Питер, 2012. – 752с.
3. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М.: Информационно-издательский дом "Филинъ", 2010. – 472 с.

Репозиторий ГрГМУ

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Солонец Г. В., Хрущева Л. В.

Гомельский государственный медицинский колледж, г. Гомель, Республика Беларусь

Резюме. В работе рассмотрены вопросы организации последипломного образования медицинских работников среднего звена в УО «Гомельский государственный медицинский колледж». Обозначены перспективы по дальнейшему улучшению качества подготовки специалистов.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинские специалисты, последипломная подготовка, практико-ориентированное обучение

MODERN DIRECTIONS FOR IMPROVING THE QUALITY OF POST-DIPLOMA PREPARATION OF MEDICAL PERSONNEL IN GOMEL STATE MEDICAL COLLEGE

Solonets G. V., Khrushcheva L. V.

Gomel State medical college, Gomel, Belarus

Summary. There were studied the issues of post-graduate education organization for nurses and doctors' assistants at Establishment of Education "Gomel State medical college". There were determined ways of further improvement of specialists training quality.

Key words: healthcare, medical specialists, adult education, practice-oriented education.

В настоящее время дополнительное образование взрослых является одним из основных факторов, обеспечивающих устойчивое и эффективное развитие человеческого капитала и социально-экономический прогресс любого современного государства. Непрерывное качественное профессиональное образование приобрело собственный смысл и ценность в структуре жизненных интересов человека.

Процесс образования должен продолжаться на протяжение всей жизни человека, чтобы помочь ему адекватно реагировать на технологические и социальные изменения, полностью реализовать свой потенциал.

Обучение взрослых имеет целый ряд особенностей. Взрослому человеку нелегко преодолеть свои убеждения, складывавшиеся годами, и в то же время

Репозиторий ГрГМУ

он готов подчиниться велению времени, науке, обществу и самому себе. Чтобы соответствовать требованиям времени, мировым тенденциям необходимо внедрять в образовательный процесс инновационные технологии.

В учреждении образования «Гомельский государственный медицинский колледж» образовательный процесс организован и для работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование по профилю «Здравоохранение», работающих в системе здравоохранения. Кроме того, обучение проходят сотрудники (имеющие среднее специальное образование по профилю «Здравоохранение») Министерства труда и социальной защиты, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь департамента финансов и тыла, Государственного пограничного комитета, Военного медицинского управления Министерства обороны Республики Беларусь, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, здравпунктов промышленных предприятий и организаций и др.

Повышение качества практико-ориентированной подготовки медицинских сестер представляет собой одну из важнейших проблем, объединяющих системы здравоохранения и образования. Медицина является стремительно развивающейся отраслью и требует постоянного повышения профессионального мастерства специалистов всех уровней. Формирование профессиональных качеств медицинских работников среднего звена, усвоение новых навыков и умений – возможно при должном развитии системы дополнительного образования взрослых, способной оперативно реагировать на динамично изменяющуюся ситуацию в здравоохранении *и* на требования, предъявляемые современным обществом к медицинским работникам. Таким образом, возрастает совместная образовательная роль организаций здравоохранения и учреждений образования в формировании компетентных специалистов.

Администрацией учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж» совместно с руководителями практики организаций здравоохранения систематически проводятся семинары по обсуждению основных задач по повышению качества профессиональной подготовки будущих специалистов.

Во время проведения семинаров анализируются итоги анкетирования руководителей практики от организаций здравоохранения по вопросам качества подготовки выпускников колледжа, а также отзывы самих выпускников о прошедших преддипломных практиках. Необходимо отметить, что, по мнению выпускников колледжа, одной из трудностей при прохождении практик в организации здравоохранения являются некоторые, а зачастую достаточно серьезные, разногласия в технике выполнения практических манипуляций в период обучения в стенах колледжа и непосредственно на рабочих местах.

На семинарах обсуждались вопросы повышения ответственности лечебных учреждений за профессиональную подготовку будущих специалистов. Определены совместные пути решения основной задачи – совершенствование и повышение качества профессиональной подготовки.

Репозиторий ГрГМУ

Было выдвинуто предложение внедрить в практику постоянно действующие обучающие семинары-тренинги с привлечением специалистов, осуществляющих государственный санитарный надзор, с общими и непосредственными руководителями практики, для усиления практической направленности обучения, совершенствования и повышения качества профессиональной подготовки специалистов здравоохранения.

Одним из направлений решения поставленной задачи стало проведение в организациях здравоохранения обучающих мероприятий преподавателями колледжа совместно со специалистами, осуществляющими государственный санитарный надзор. Основная цель этих мероприятий – выработка единства требований по выполнению манипуляций, в первую очередь, парентеральных введений, согласно приказа Министра здравоохранения Республики Беларусь от 27.11.2017 № 1355 «Об утверждении Инструкции по выполнению инъекций и внутривенных инфузий».

Впервые такая совместная работа была организована в августе 2018 года на базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Преподавателями колледжа при участии специалиста-эпидемиолога государственного учреждения «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Был проведен тренинг «Выполнение парентеральных манипуляций». В нем приняло участие более 50 медицинских сестер Гомельской областной клинической больницы: старшие медицинские сестры, палатные медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты и медицинские сестры процедурных кабинетов.

В настоящее время семинары-тренинги проходят регулярно (таблица). С нами взаимодействуют государственное учреждение «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», государственного учреждения «Гомельский городской центр гигиены, эпидемиологии» и лечебные учреждения г. Гомеля.

Таблица – Тематические семинары-тренинги «Методика выполнения парентерального введения лекарственных средств»

№ п/п	Дата проведения	Место проведение	Количество участников
1.	август, 2018г.	У «Гомельская областная клиническая больница»	56 чел.
2.	декабрь, 2018г.	У «Гомельская областная клиническая больница»	44 чел.
3.	декабрь, 2018г.	ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	56 чел.
4.	август, 2019г.	У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»	58 чел.
5.	декабрь, 2019г	У «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов отечественной войны»	47 чел.
6.	февраль, 2020г.	ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №1»	58 чел.
7.	февраль, 2020г.	ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	52 чел.

Репозиторий ГомГМУ

Тренинги проводятся по системе «равный обучает равного». Преподаватели колледжа демонстрируют на фантомах технику выполнения манипуляций, обращая внимание на важные аспекты, которые изменились в соответствии с новыми нормативными документами, отвечают на вопросы присутствующих медицинских сестер. Представитель государственного санитарного надзора акцентирует внимание медицинских работников на проблемных моментах выполнения манипуляций, связанных с особенностями работы в нашем регионе.

Практические семинары-тренинги получили высокую оценку всех участников, неоднократно подчеркивалась необходимость дальнейшей совместной работы лечебных учреждений, организаций, осуществляющих государственный санитарный надзор и преподавателей колледжа.

Работа по повышению качества последипломной подготовки кадров продолжается, в дальнейшем мы планируем включить в график проведения практических семинаров и семинары-тренинги по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций согласно приказа Министра здравоохранения Республики Беларусь от 14.05.2020 № 530 «Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций».

В заключении, хочется отметить, что мы тесно сотрудничаем с управлением здравоохранения Гомельской области и лечебно-профилактическими учреждениями региона, изучаем кадровые потребности, проводим совместную научно-исследовательскую работу, ориентированную на сестринскую практику.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Сушко А. А.[1], Могилевец Э. В.[1], Кропа Ю. С.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Беларусь[2]

Резюме. Проведен анализ всего спектра видеоторакоскопических вмешательств в отделении торакальной хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника» за период внедрения метода в практику по настоящее время. Подчеркнута перспективность метода и намечены перспективы развития малоинвазивных вмешательств в хирургии органов грудной клетки.

Репозиторий ГрГМУ

Ключевые слова: видеоторакоскопия, видеоассистированная торакоскопия, показания к малоинвазивным вмешательствам, послеоперационные осложнения.

VIDEOTORACOSCOPIC SURGERY IN THE PRACTICE OF THE THORACIC DEPARTMENT OF A UNIVERSITY CLINIC

Sushko A. A.[1], Mogilevets E. V.[1], Kropa Yu. S.[2]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. The analysis of the entire spectrum of video-assisted thoracoscopic interventions in the Department of Thoracic Surgery of the UZ "Grodno University Clinic" for the period of introducing the method into practice to the present. The prospects of the method are emphasized and the prospects for the development of minimally invasive interventions in surgery of the chest organs are outlined.

Key words: videothoracoscopy, video-assisted thoracoscopy, indications for minimally invasive interventions, postoperative complications.

Актуальность. Эндоскопическая хирургия органов грудной полости прошла сложный путь развития, который включает в себя проблему как определения показаний к её применению, так и совершенствования техники хирургического вмешательства. Первое сообщение об исследовании плевральной полости с помощью эндоскопа в эксперименте сделал G. Kelling на симпозиуме врачей в Гамбурге в 1901 г. До 80-х г.г. XX в. эндоскопия грудной клетки использовалась, в основном, в области диагностики [1]. Низкие диагностические и лечебные возможности торакоскопии объяснялись несовершенством использующегося инструментария. Метод торакоскопии получил дальнейшее развитие с появлением волоконной оптики, цифровой передачи видеосигнала, новых технологий изготовления эндоскопического инструментария, что позволило внедрить в медицинскую практику методику видеоторакоскопии. Улучшение результатов видеоэндоскопических вмешательств может быть достигнуто посредством усовершенствования эндоскопического инструментария и методики их выполнения.

Цель. Изучить результаты видеоэндоскопических вмешательств в отделении торакальной хирургии УЗ «Гродненская университетская клиника». Определить перспективы развития метода и возможности применения малоинвазивных вмешательств на грудной клетке.

Материалы и методы исследования. Всем пациентам видеоторакоскопические вмешательства выполнялись как диагностического, так и лечебного плана. И если в 90-х годах XX в. они подразделялись на видеоторакоскопические и видеоассистированные вмешательства, то в последнее десятилетие в специализированной литературе

Репозиторий ГрГМУ

видеоторакоскопические вмешательства определяются как видеоассистированные – ВАТС [1]. При выполнении видеоторакоскопии видеокамера и инструменты вводились через 2-3 прокола троакарами в межреберных пространствах грудной стенки. Порядок и место введения инструментов определялись характером и объёмом предстоящего вмешательства. При видеоассистированной торакоскопии к дополнению к видеоторакоскопии производилась малая торакотомия (3,5-5 см) [2]. Это позволяло получить лучший хирургический доступ и иметь больше возможностей для выполнения малоинвазивных хирургических манипуляций. Раны в местах доступа ушивались косметическими швами. Показания к видеоторакоскопии постоянно расширялись [3]. Видеоторакоскопия осуществлялась с целью диагностики диссеминированного процесса в лёгких, при травматических и ятрогенных повреждениях органов грудной клетки. Методика давала возможность произвести ревизию лёгкого и плевральной полости, биопсию ткани лёгкого и средостения в месте наибольших патологических изменений, биопсию опухоли, биопсию региональных лимфоузлов для определения стадии злокачественного заболевания и оценки операбельности процесса, забор плевральной жидкости для цитологического исследования [3]. При ревизии плевральной полости локализовались субплевральные кистозные образования и шварты. Определялась степень их выраженности, особенности расположения и распространения. Визуально оценивалось состояние плевры и легкого: наличие или отсутствие воспаления (гиперемия, отек, наложения фибрина), туберкулезных изменений, карциноматоза, антракоза легкого, участков ателектаза. Проводился дифференциальный диагноз пневмоторакса и гигантских кист. Резецировались опухоли и кисты легкого, плевральной полости и средостения. Выполнялась симпатэктомия при болезни Рейно. Удалялись кисты перикарда. При лечении пациентов с заболеваниями плевры, легкого и средостения воспалительного характера видеоассистированные вмешательства давали возможность разрушить спаечный процесс в плевральной полости и выполнить адгезиолиз, освободить утолщенные листки париетальной и висцеральной плевры от сращений и шварт (декортикация), произвести плеврэктомию, вскрыть гнойники (эмпиема, абсцесс) и очистить их полости от фиброзно-гнойного детрита и секвестров, санировать и дренировать плевральную полость, осуществить краевую и клиновидную резекцию легкого [2]. Видеоторакоскопические вмешательства являлись приоритетными в лечении спонтанного пневмоторакса [1].

Результаты. Видеоторакоскопия на базе клиники 1-й кафедры хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» – хирургического торакального отделения УЗ «Гродненская университетская клиника» внедрена с 1996г. Если в 1996 году было выполнено 6 вмешательств, в 2003г. – 17, в 2007г. – 112, то в 2019 году – 232. На 12 съезде хирургов Республики Беларусь в Минске, в 2002 году, были доложены первые результаты внедрённых видеоассистированных вмешательств, среди которых

Репозиторий ГрГМУ

были видеоассистированная резекция ткани лёгкого с новообразованием и видеоассистированная симпатэктомия. На 13 съезде хирургов Республики Беларусь в Гомеле в 2006 году нами были представлены видеоторакоскопическое удаление дивертикулов пищевода и собственные разработки по лечению спонтанного пневмоторакса, которые применяются в клинике по сей день. В 2010 году, на 14 съезде хирургов Республики Беларусь в Витебске были представлены результаты 2 видеоассистированных лобэктомий и применение лазера Nd3+ для малоинвазивной метастазэктомии из лёгкого. В настоящее время более 70% оперативных вмешательств, как диагностических, так и лечебных, выполняются в клинике с использованием видеоторакоскопического метода. С 2015 года в клинике выполняются вмешательства по методике одного порта, о чём было доложено на Республиканской научно-практической конференции по эндоскопической хирургии [4]. Таким образом, основным преимуществом видеоторакоскопических вмешательств являются малая травматичность и меньший риск интра- и постоперационных осложнений. Небольшая, как правило, кровопотеря, не требует переливания компонентов крови. Послеоперационный период не требует большого количества обезболивающих средств, значительно уменьшает функциональные лёгочные осложнения. В течение первых послеоперационных суток пациенты после видеоторакоскопии могут ходить. Послеоперационный период не имеет осложнений, характерных для традиционных торакотомий – послеоперационная боль, значительное нарушение функции внешнего дыхания, длительный восстановительный период [2]. По сравнению с традиционной торакотомией, видеоторакоскопия уменьшает послеоперационный койко-день, стоимость лечения в стационаре. Немаловажное значение имеет и очевидный косметический эффект видеоторакоскопических вмешательств [4].

Выводы.

1. Видеоассистированные торакальные операции дают возможность лучшей экспозиции патологического очага и создают условия для широкого использования как эндо-, так и общехирургических инструментов.
2. Послеоперационный период после видеоторакоскопии не имеет осложнений, характерных для традиционных торакотомий – интенсивной послеоперационной боли, значительного нарушения функции внешнего дыхания, длительного восстановительного периода.
3. Видеоассистированная торакоскопия в настоящее время претерпевает свое дальнейшее развитие и является перспективным методом хирургического вмешательства на органах грудной полости.

Литература

1. Шнитко, С. Н., Сушко, А. А. Осложнения видеоторакоскопических операций у больных спонтанным пневмотораксом // Сборник тезисов 16 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии, Москва, 4-5 апреля 2012 г. / РНЦХ им. Б. В. Петровского; редкол.: Ю. И. Галлингер [и др.]. – Москва, 2012. – С. 256-258.

Репозиторий ГрГМУ

2. Батвинков, Н. И., Сушко, А. А., Олейник, А. О. Видеоторакоскопическая хирургия спонтанного пневмоторакса // Эндоскопическая хирургия. Перспективы развития: материалы I-ой Республиканской науч.- практ. конф. с междунар. участием, Минск 21-22 мая 2015 г. / Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь; редкол.: И. С. Абельская [и др.]. – Минск, 2015. – С.73-74.
3. Сушко, А. А., Можейко, М. А., Могилевец, Э. В., Мишута, И. М., Олейник, А. О., Гаврон, И. В. Малоинвазивная диагностика диссеминированного поражения лёгких // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – №3. – С. 352-355.
4. Сушко, А. А., Можейко, М. А., Могилевец, Э. В., Олейник, А. О. Видеоторакоскопичекая хирургия по методике «uniportal vats » // Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы XXVI пленума хирургов Республики Беларусь, Молодечно, 3-4 ноября 2016 г. / Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь; редкол.: Г. Г. Кондратенко [и др.]. – Минск, 2016. – С. 475-477.

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Томчик Н. В.*, Ляликов С. А.*, Онегин Е. Е.**

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь*
Детская поликлиника №1 г. Гродно, г. Гродно, Республика Беларусь**

Резюме. Проанализирована деятельность детской кардиологической службы и обобщен опыт работы на профилактическом, диагностическом, диспансерном и госпитальном этапах в Гродненском регионе за 1960-2019 годы.

Ключевые слова: дети, сердце, детские кардиологи, врачи педиатры, участковые педиатры.

IMPORTANT ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF THE CHILDREN'S CARDIOLOGICAL SERVICES OF THE GRODNO REGION

Tomchyk N. V. *, Lyalikov S. A. *, Onegin E. E. **

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*
Children's Policlinic №1 of Grodno, Grodno, Belarus**

Summary. The activity of the children's cardiological service analyzed and experience summarized of the cardiological service at the preventive, diagnostic, dispensary and hospital stages in the Grodno region for 1960-2019.

Key words: children, heart, pediatric cardiologists, pediatrician, local pediatrician.

Репозиторий ГрГМУ

На протяжении многих десятилетий проблема сердечно-сосудистых заболеваний у детей остается актуальной как для здравоохранения Республики Беларусь, так и в целом мире, что связано с их высокой распространенностью, частым развитием осложнений в случае отсутствия адекватной терапии [1, 2]. В детской кардиологии за последние годы произошли огромные перемены: от повышения трудоемкости и сложности современных диагностических технологий до использования интервенционных методов лечения [1]. Широкое использование высокоспециализированного оборудования способствовало увеличению числа детей с врожденными пороками сердца, артериальной гипертензией, пролапсом митрального клапана, нарушениями сердечного ритма и проводимости по сравнению с пятидесятыми годами прошлого столетия, когда в спектре заболеваемости преобладали острая ревматическая лихорадка и миокардиты различной этиологии.

Важную роль в развитии и совершенствовании кардиологической помощи детям Гродненщины сыграли талантливые организаторы здравоохранения такие как Богданович Ф. А., Белозерцев В. М., Часнойть Р. А., Жвалевская Е. А., Григорьева В. Л., Баранова Е. Г., а также сотрудники кафедр Гродненского государственного медицинского университета: Евец Л. В., Шейбак М. П., Ляликов С. А., Максимович Н. А., Парамонова Н. С., Бойко В. А., Макарова И. Ф., Лашковская Т. А.

Кардиологическая помощь детям за период 1960-1980 гг.

В 60-80 годы прошлого столетия амбулаторная медицинская помощь детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в Гродненской области оказывалась участковыми педиатрами, врачами сельских участковых больниц, детскими кардиологами. Прием специалиста был организован только в двух детских поликлиниках города врачами Клемпнер Ю. И. и Макаревич Е. И.

Стационарная помощь детям оказывалась в детских отделениях центральных районных больниц (ЦРБ), в 4-ом отделении Гродненской областной детской клинической больницы (ГОДКБ). Врачи педиатры в районах области проходили месячную стажировку по детской кардиологии на рабочем месте (Турлай А. М. – г. Слоним, Дорош А. М. – г. Волковыск, Побудей Б. Н. – г. Лида и др.). Непосредственно в детской областной клинической больнице трудились Сосновская Р. П., Шкутько В. В., Бандажевская Г. С., Бойко И. В., Жуковская Е. С.

В этот период ведущей патологией системы кровообращения была ревматическая лихорадка и миокардиты различной этиологии. Чаще болели школьники и дети с болезнями носоглотки и полости рта. Основными инструментальными методами для диагностики патологии сердца в то время были: электрокардиография (ЭКГ), фонокардиография (ФКГ), рентгенография сердца, измерение артериального давления у детей с пяти лет. Лабораторная диагностика имела небольшой спектр общеклинических и биохимических исследований.

Репозиторий ГрГМУ

Благодаря слаженной и четкой работе системы организации медицинской помощи детям с острой и хронической патологией сердца, которая носила, прежде всего, профилактический характер, удалось добиться значительных успехов. Так, общая заболеваемость детей г. Гродно за десятилетний период (1965-1975 годы) острой ревматической лихорадкой снизилась с 0,39 до 0,25 на 1000 детей, хронической ревматической болезнью сердца с 2,06 до 1,67 на 1000 детей. Если распространенность приобретенными ревматическими пороками сердца в 1965 году была 0,24 на 1000 детей, то к 1975 не было зарегистрировано ни одного случая.

Медицинская профилактика состояла в том, что в сельской местности в участковых больницах в летнее время проходило оздоровление детей диспансерной группы. Туда выезжали врачи специалисты ЦРБ и врачи ГОДКБ (врач-физиотерапевт, врач лечебной физкультуры) для осмотра и составления индивидуального плана реабилитационных мероприятий. Первый оздоровительный лагерь такого типа был открыт в деревне Щорсы по инициативе районного педиатра Новогрудского района Конюха Г. П.

При поддержке руководителей Гродненского региона был открыт в санаторий «Ласточка» в Дятловском районе, где за смену оздоравливались до 100 детей. Кроме того, пациенты кардиологического профиля имели возможность получить санаторно-курортное лечение в здравницах Крыма (Ялта, Евпатория).

Знаменательным этапом в развитии детской кардиологической службы было одобрение и апробирование для внедрения в другие регионы Союза Советских Социалистических Республик программ по диспансеризации и оказанию медицинской помощи детям, проживающим в сельской местности, впервые разработанных на Гроднещине. Почетными наградами были отмечены врачи педиатры Григорьева В. Л., Курилович Е. Ф., Обуховский А. Ю., Побудей Б. Н., Турлай А. М., Чужмир Т. М. Правительственные награды получили Маковецкая Я. К., которая была награждена орденом Знак Почета и Ровба И. Р. – орденом Трудового Красного Знамени.

Кардиологическая помощь детям за период 1980-2000 гг.

В 1980-2000 г.г. ведущая роль по оказанию медицинской помощи детям с болезнями сердца и кровообращения по-прежнему была возложена на участковых педиатров и сельских врачей. На базе Детской поликлиники №1 г. Гродно организован консультативный прием заведующих отделениями ГОДКБ Бандажевской Г. С., Бойко И. В. для обеспечения доступности кардиологической помощи сельским жителям. В 1985 году на базе этого учреждения стал функционировать консультативный центр, где вели кардиологический прием как сельских, так и городских жителей врачи Загоскина Е. П., Бойко В. А.

Изучение перинатальной и младенческой смертности, инвалидности в Гродненском регионе показало, что необходимо пересмотреть работу по профилактике заболеваемости детей с врожденными пороками развития, в

Репозиторий ГрГМУ

структуре которой 39-45% занимали врожденные пороки сердца (ВПС). По данным статистических отчетов установлено, что в 1993 году в Гродненской области 99,2% беременным была проведена пренатальная диагностика, у 0,4% из которых диагностированы врожденные пороки развития, в сроке до 28 недель по медицинским показаниям у 86,15% женщин беременность была прервана.

С 1996 года при поддержке Часнойть Р. А., Лисковича В. А., Григорьевой В. Л. стала активно проводиться работа по созданию системы перинатальных технологий, включающий раздел профилактики ВПС, продолжающаяся и в настоящее время. Результатом такой деятельности стали разработанные алгоритмы для терапевтической, акушерско-гинекологической, педиатрической служб, медико-генетического консультирования, используемые и в настоящее время. Согласно статистическим отчетам, общая заболеваемость ВПС в г. Гродно за период (1997-2000г.г.) выросла с 387,19 до 483,58, в то время как первичная снизилась с 60,85 до 58,97 на 100000 детского населения.

Такой подход способствовал улучшению диагностической базы лечебных учреждений, были внедрены ультразвуковые системы, компьютерные технологии в работе функциональной и лабораторной диагностики. Большой вклад в развитие этих служб внесли врачи Журневич Э. В., Анина В. М., Кухто Е. А., Томчик Н. В., Гутиков А. Д., Данник В. В. Развитие телекоммуникационных технологий позволило наладить телемедицинское консультирование, используемое и в нынешние дни. Уже к 2000 году в родильных учреждениях г. Гродно и в перинатальных центрах 2-го уровня всем новорожденным проводился ЭКГ-скрининг. При необходимости выполнялось в амбулаторных условиях динамическое наблюдение. Разработанная система позволила не только рано диагностировать, но и своевременно проводить хирургическую коррекцию ВПС специалистами Республиканского научно-практическом центра, тем самым улучшить качество жизни ребенка.

Кардиологическая помощь детям за период 2000-2019 гг.

С 2000 года и по настоящее время организована технология оказания кардиологической помощи детям в Гродненской области включающая три уровня, позволяющая на каждом из этапов обеспечить необходимый объем доступной и качественной медицинской и реабилитационной помощи (рисунок 1).

Задачами первого уровня являются своевременная диагностика заболевания, что достигается путем охвата инструментальными методами исследования (электрокардиографией и эхокардиографией) здоровых детей и профилактическими осмотрами в установленные декретивные сроки, медицинская помощь детям из группы высокого риска внезапной смерти, и осуществление обратной связи с родителями ребенка, перенесшего эпизод жизнеугрожающего события, и с врачом-кардиологом.

Репозиторий ГрГМУ



Рисунок 1. – Схема организационной технологии оказания кардиологической помощи детскому населению Гродненской области

На втором уровне осуществляется диспансерное наблюдение за пациентами, взаимосвязь с участковой службой с целью эффективного контроля за состоянием здоровья детей с хроническим течением заболевания, оказывается плановая и экстренная стационарная помощь, определяются показания для направления в высокоспециализированные центры третьего уровня.

В Гродненской области имеются 3,75 должности детских кардиологов: в двух детских поликлиниках г. Гродно, на базе отделения консультативной специализированной поликлинической помощи УЗ «ГОДКБ», в ЦРБ г. Волковыск и г. Лида, оказывающих амбулаторную помощь. Лечебно-оздоровительные мероприятия проводятся также в отделениях медицинской реабилитации поликлиник, Областном детском реабилитационном центре «Волковыск» и детском дошкольном учреждении «Ясли-сад №52» г. Гродно. Стационарная кардиоревматологическая помощь оказывается на базе 5-го педиатрического отделения УЗ «ГОДКБ», в котором выделено 25 коек кардиологического профиля. Обеспеченность кардиоревматологическими койками в Гродненской области самая низкая в Республике Беларусь, составляет 1,17 на 100000 детского населения. Четко отработанная технология госпитализации в стационар и ранний перевод ребенка под наблюдение специалиста, а также увеличение объема диагностических исследований у этих лиц в амбулаторных условиях позволили повысить эффективность кардиологической койки, что установлено при анализе средней продолжительности лечения. Так, в 2017 году эффективность использования кардиологической койки составила 11,1 день, в 2019 году – 9,9 дней.

Репозиторий ГрГМУ

На третьем уровне оказывается высокотехнологичная и специализированная диагностическая и лечебная помощь в Республиканских научно-практических центрах г. Минска, что позволяет повысить медико-экономическую эффективность использования специализированного коечного фонда Республиканского уровня.

Таким образом, на всех этапах становления кардиологической службы Гродненщины прослеживается четко организованная работа диагностического, госпитального, диспансерного и профилактического этапов оказания помощи детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. Орлова, Н. В. Нарушения сердечного ритма и проводимости у детей раннего возраста / Н. В. Орлова. – Санкт-Петербург, 2007. – С.129-189.
2. Russian guidelines for sudden cardiac death risk assessment and prevention / E. V. Shlyakhto [et al.]. – Moscow, 2018. – 247 p.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Тюхлова И. Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. Изложены некоторые аспекты последипломного образования врача общей практики.

Ключевые слова: последипломное образование, медицинская профилактика, гигиеническое воспитание населения.

PREVENTIVE ASPECTS OF POSTGRADUATE EDUCATION OF GENERAL PRACTITIONERS

Tyukhlova I. N.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Summary. Preventive aspects of postgraduate education of general practitioners are presented in the article.

Key words: postgraduate education, medical prevention, hygienic education of the population

Репозиторий ГрГМУ

Одним из направлений медицинской профилактики является гигиеническое воспитание населения. Гигиеническое обучение и воспитание направлены на овладение знаниями, умениями и навыками в области гигиены, здорового образа жизни, охраны здоровья и осуществляются в целях профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни [1].

Гигиеническое воспитание населения осуществляется врачами всех специальностей. Важную роль гигиеническое воспитание играет в осуществлении профессиональной деятельности врача общей практики.

Задачами врача общей практики являются сохранение, укрепление и восстановление здоровья обслуживаемого населения, обеспечение эффективности и качства первичной медицинской помощи населению, формирование здорового образа жизни [2]. В связи с этим врач общей практики должен иметь профессиональные компетенции по вопросам гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни населения.

Учитывая актуальность данного направления, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» разработаны: учебный, учебно-тематический планы, программа повышения квалификации по гигиеническому воспитанию населения в деятельности организаций здравоохранения.

Программа повышения квалификации предназначена для последипломного образования врачей всех специальностей, включая врача общей практики.

Целью обучения является повышение квалификации врачей по одному из направлений профилактической деятельности организаций здравоохранения – гигиеническому воспитанию населения.

Задачи обучения: ознакомить слушателей с современными теоретическими и организационными аспектами деятельности организаций здравоохранения по гигиеническому воспитанию населения.

Для формирования знаний и умений врачей по гигиеническому воспитанию населения программой повышения квалификации предусмотрено проведение лекционных и практических занятий, тематических дискуссий.

Лекционные занятия представлены в объеме 15% от общего объёма часов программы повышения квалификации. Основные задачи лекционных занятий: сформировать теоретические основы гигиенического воспитания населения, понятийный аппарат, понимание роли гигиенического воспитания населения в осуществлении профилактической деятельности организаций здравоохранения

Практические занятия дают возможность формировать умения, необходимые для применения теоретичесих знаний на практике. На практических занятиях уделяется большое внимание организационным аспектам деятельности, изучению нормативно-правых документов, разработке и применению форм и средств гигиенического воспитания населения. Изучается методология гигиенического воспитания.

Репозиторий ГрГМУ

Тематические дискуссии является одной из форм обучения, которая позволяет обучающимся стать активными участниками образовательного процесса. Использование тематических дискуссий формирует целостное представление о проблеме, закрепляет как теоретические знания, так и практические умения. Программа повышения квалификации предусматривают тематические дискуссии по различным аспектам гигиенического воспитания населения, среди которых осуществление гигиенического воспитания населения на различных уровнях медицинской профилактики. Большое внимание уделяется обмену опытом работы организаций здравоохранения по гигиеническому воспитанию населения.

В качестве методов обучения при реализации программы повышения квалификации используются: элементы проблемного обучения, реализуемые на лекционных занятиях; элементы учебно-воспитательской деятельности, творческого подхода, решение задач, реализуемые на практических занятиях и тематических дискуссиях.

Таким образом, последипломное образование врача общей практики по данной программе повышения квалификации, позволяет формировать профессиональные компетенции в области медицинской профилактики.

Литература

1. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Закон Респ. Беларусь, 7 января 2012 г.
2. Об организации работы врача общей практики: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 24.02.2018 г., №177

ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОБСЛУЖИВАНИЕ: ВОЛОНТЕРСКАЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Хрущева Л. В., Куликова М. Ю.

Гомельский государственный медицинский колледж, г. Гомель, Республика Беларусь

Резюме. В работе проведен анализ внедрения в образовательный процесс медицинского колледжа системы формирования ценностей и ключевых компетенций молодежи через участие в волонтерской социально-значимой деятельности.

Ключевые слова: волонтерство, социальная работа, медицинский колледж, профессиональные компетенции

Репозиторий ГрГМУ

LEARNING THROUGH SERVICE: VOKUNTEER SOCIALLY IMPORTNAT ACTIVITIES IN THE EDUCATIONAL PROCESS IN MEDICAL COLLEGE

Khrushcheva L. V., Kulikova M. Yu.

Gomel State medical college, Gomel, Belarus

Summary. The paper analyzes the introduction of the innovative approach of "learning through service" in the education process of medical schools which is volunteer social and meaningful activities for students, and it facilitates adaptation of the educational process for future professional activities of health workers of the middle level.

Key words: volunteering, social work, medical college, professional competencies

Современное ускоренное развитие сестринского дела как науки, модернизация практического здравоохранения и повышение роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, внедрение новых технологий ухода за пациентами требуют от медицинских специалистов среднего звена дополнительных качеств, таких как умение применять знания в условиях профессиональной неопределенности и принимать наиболее оптимальные решения, навыки работы в команде, способность постоянно учиться новому, самостоятельно находить и применять нужную информацию, словом, сегодня востребован высококвалифицированный компетентный специалист, готовый принимать верные и ответственные решения.

Выпускник учреждения образования медицинского профиля кроме профессиональных знаний, умений и навыков, должен владеть следующими компетенциями:

- способность брать на себя ответственность в любой ситуации;
- активно участвовать в принятии решений;
- уметь избегать и разрешать конфликтные ситуации;
- уметь находить необходимую новейшую информацию, работать с документами;
- критически мыслить;
- уметь сотрудничать в паре, группе и т.д.

Чтобы подготовить таких специалистов, востребованных на рынке труда, нужно создать условия для самоуправляемого обучения с максимальной опорой на практическое приобретение нового опыта, что требует организации эффективной обучающей среды, обеспечивающей интеграцию теории и практики. В связи с этим необходимо использовать различные педагогические технологии, позволяющие развивать у каждого обучающегося требуемые для дальнейше профессиональной деятельности компетенции.

Репозиторий ГрГМУ

Одной из таких технологий и является обучение через социальную работу (или обучение через обслуживание), которое активно применяется в Гомельском государственном медицинском колледже на протяжении многих лет. В колледже активно работают волонтерский отряд «Милосердие» (создатель – Бармина Л. Б.) и волонтерский Центр молодежных инициатив «Золотое сердце» (создатель – Олесюк Л. Е.).

Учащиеся и преподаватели нашего колледжа, совместно с общественной организацией «Социальные проекты», принимали активное участие в различных социально-значимых программах, таких как «Мир детства без насилия»; «Пропаганда здорового образа жизни в средних школах г. Гомеля»; «Работа с несовершеннолетними мамами в городском центре социальной помощи семье и детям»; «Забота о пожилых людях»; «Расширение доступа молодежи к услугам и информации о репродуктивном здоровье» и др.

Эти программы интегрируются в учебные дисциплины, что значительно повышает мотивацию наших учащихся для участия в волонтерском движении. И наоборот – непосредственное участие в волонтерской работе мотивирует учащихся расширять и углублять свои знания, выходя за рамки преподаваемых специальных дисциплин.

В настоящее время можно выделить два основных направления работы наших волонтеров:

- просветительская работа;
- работа с социально уязвимыми слоями населения (пожилые люди, дети-сироты, дети-инвалиды).

Как показывает многолетняя практика в сфере просвещения по вопросам здорового образа жизни прежде всего в молодежной среде, работа с детьми и подростками дает отличный эффект в случае привлечения сверстников к процессу обучения в качестве «педагогов» и соблюдения принципа активного участия самих обучаемых в процессе обучения.

Равное обучение – процесс, при котором подготовленные и мотивированные волонтеры помогают своим сверстникам, а также людям с близким образовательным уровнем, социальным статусом или тем, кто имеет общие интересы и потребности, приобретать новые знания, развивать умения и навыки, формировать ценностные ориентации, установки, направленные на здоровый образ жизни, сохранение репродуктивного здоровья, нравственное отношение к себе и другим людям, безопасное и ответственное поведение.

Подход «равный обучает равного» – специально организованная система деятельности, которая обеспечивает передачу достоверной социально значимой информации через доверительное общение «на равных» подготовленных волонтеров-инструкторов со сверстниками, происходящее в форме обучающих занятий, тренингов, акций, бесед, консультаций и т.д.

Ежегодно наши волонтеры проводят порядка 60 информационных встреч с учащимися школ, профессионально-технических и средних специальных учебных заведений г. Гомеля и г. Жлобина, а также с детьми и подростками из оздоровительных центров «Живица», «Ченки». Также на протяжении более 10

Репозиторий ГГМУ

лет ежегодно на базе 9-й городской библиотеки проходят циклы встреч с девятиклассниками Гомельских школ, в рамках организованной на базе данной библиотеки школы репродуктивного здоровья.

Тематика тренингов разнообразна и затрагивает все аспекты здорового образа жизни: «Репродуктивное здоровье девушки», «Ре-продуктивное здоровье юноши», «Профилактика ИППП», «Наркомания – путь в никуда», «Алкоголизм и его последствия», «Мифы о курении», «Аборт и его последствия», «Выбор остается за тобой!», «Дороги жизни» и др.

Следует отметить, что при разработке занятий волонтеры изучают дополнительную литературу, как по теме занятия, так и, в целом, по психологии детей разного возраста, что значительно повышает их профессиональную компетентность. В ходе такой работы наши учащиеся, будущие медицинские работники, развивают творческие способности, приобретают уверенность в своих знаниях, развивают коммуникативные компетенции.

Под руководством Олесюк Л. Е. волонтеры колледжа приняли активное участие в составлении сборника «Формирование здорового образа жизни», выпущенного Гомельским областным общественным объединением «Социальные проекты» при финансовой поддержке Швейцарского Управления по развитию и сотрудничеству, материалы которого активно используют не только наши волонтеры, но и волонтеры из школ и других учреждений образования. Занятия, вошедшие в данный сборник, рассчитаны на слушателей школьного возраста, а также учащихся учреждений профессионально-технического и среднего специального образования. Тематика затрагивает наиболее актуальные вопросы и проблемы, касающиеся репродуктивного здоровья.

Важную роль в оптимизации работы учащихся-волонтеров играет анализ их деятельности, оценка проведенных мероприятий. Это помогает вовремя выявить все сильные и слабые моменты, исправить допущенные ошибки, что способствует совершенствованию процесса в будущем.

Ежегодно на одном из последних занятий школы ЗОЖ при библиотеке № 9 проводится анкетирование, в котором принимают участие слушатели. В подавляющем большинстве они высоко оценивают проведенную с ними работу (по результатам анкетирования в текущем учебном году – на 8,5 баллов по десятибалльной шкале); 65% отметили, что занятия изменили их отношение к здоровью. Наиболее интересными темами были названы «Любовь или влюбленность», «ИППП», «Физиология юношей и девушек», «Дороги жизни», «Выбор остается за тобой».

Ежегодно волонтеры Гомельского государственного медицинского колледжа принимают участие в таких акциях как: «Гомельщина – за здоровый образ жизни», «Здоровое сердце», «Репродуктивное здоровье женщин», «Скажи здоровью «Да»!», «В память жертвам СПИДа», «Узнай свое артериальное давление», «Берегите свою любовь», «Сохрани жизнь» и многие другие.

Репозиторий ГрГМУ

Работа с социально незащищенными слоям населения проводится нашими волонтерами на протяжении многих лет. Формы данной работы многообразны:

- патронажи на дому;
- работа волонтеров в больницах сестринского ухода;
- посещение с концертными программами домов-интернатов, центра реабилитации детей с ДЦП;
- проведение совместных мероприятий с молодыми людьми из Дуяновского дома-интерната для инвалидов, а также с пожилыми людьми из клуба «Прометей»;
- организация круглосуточных дежурств с детьми из Дома грудного ребенка при их госпитализации в стационары;
- изготовление одежды для детей Дома грудного ребенка и др.

Каждый год перед выпуском среди волонтеров Центра проводится анкетирование по изучению их мнения о результатах их участия в волонтерской работе, о том, что они приобрели в процессе участия в социально-значимой деятельности, в том числе информационно-образовательной работе. Как отмечают волонтеры, их работа в Центре волонтерских инициатив способствовала приобретению новых профессиональных знаний, умений и навыков, развитию коммуникативных способностей, развитию аналитических навыков, формированию активной гражданской позиции, развитие лидерских качеств, повышению самооценки, расширению сферы общения, приобретению новых жизненных установок и ценностей.

Практический опыт внедрения программ по привлечению будущих медицинских работников среднего звена к социально значимым видам деятельности, можно с уверенностью назвать успешным. Его положительный эффект можно наблюдать как в образовательном процессе, так и в последующей профессиональной деятельности наших выпускников.

Исходя их вышеизложенного, можно с уверенностью утверждать, что преимущества и уникальность метода «обучение через обслуживание» состоит в том, что он ставит во главу угла воспитание милосердия, гражданственности, уважения к общечеловеческим ценностям, дает знание реальных проблем определенных слоев общества. Использование данного метода раскрывает широкие возможности для творчества педагогов, расширяет сферы их научно-исследовательской деятельности, вооружает новыми подходами к воспитанию молодого поколения, вдыхает жизнь в педагогический процесс.

Обучение через обслуживание позволяет адаптировать образовательный процесс к будущей профессиональной деятельности выпускаемых нами медицинских работников. Все это является одним из важнейших аспектов подготовки высококвалифицированных, ответственных и творческих специалистов практического здравоохранения.

Репозиторий ГрГМУ

О СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ КАФЕДРЫ ФАРМАКОЛОГИИ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1922-1940 гг.)

Шелухина А. В., Бизунок Н. А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. Статья описывает становление и развитие кафедры фармакологии в 1922-1940 гг.: профессорско-преподавательский состав, особенности образовательной деятельности, важнейшие направления научных исследований, участие в развитии фармации БССР.

Ключевые слова: Бестужев А. П., Анищенко В. А., боевые отравляющие вещества, научная работа, токсикология, фармакология, фармация.

ABOUT FORMATION AND DEVELOPMENT OF PHARMACOLOGY DEPARTMENT OF BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY DURING 1922-1940

Shalukhina A. V., Bizunok N. A.

Belarusian state medical university, Minsk, Belarus

Summary. The article describes formation and development of pharmacology department during 1922-1940: higher-education teaching personnel, features of educational activities, key directions of research areas, participation in pharmaceutical activity of BSSR.

Key words: Bestuscheff A. P., Anishchenko V. A., chemical warfare gas, scientific work, toxicology, pharmacology, pharmacy.

Идея создания высшей медицинской школы на территории Беларуси возникала неоднократно, начиная со второй половины XIX века. К попыткам её практической реализации относятся создание медицинской академии в Гродно (1775 г.), перенесенной в Вильно как медицинского факультета (1803 г.), вскоре преобразованного в медико-хирургическую академию (1832 г.), которая была ликвидирована в 1842 г. на фоне назревающего в Беларуси внутриполитического кризиса, разрешившегося вооруженным восстанием 1863-64 гг. Попыток открыть на территории Беларуси медицинский университет в дореволюционной России более не предпринималось, несмотря на дефицит врачей на фоне высокой потребности населения в квалифицированной медицинской помощи.

Репозиторий ГрГМУ

Только в 1919 г., несмотря на тяжелое экономическое и политическое положение раздираемой гражданским противостоянием страны, ЦИК рабочих, крестьянских и солдатских депутатов БССР принял Постановление об открытии в Минске Белорусского государственного университета с медицинским факультетом в его составе [1]. Уже в подготовительный период (1919-1921 гг.) в сентябре 1919 г. открываются курсы для студентов-медиков при действующих больницах г. Минска. Следует отметить, что на этих курсах организовано преподавание фармакологии («доктор Валк и доктор Гралай читают фармакологию с рецептурой») [2]. После открытия Университета в октябре 1921 года формирование новых факультетов и кафедр происходит в условиях острейшего дефицита кадров, площадей, оборудования. Для целей Университета были выделены следующие здания: бывшей духовной семинарии, женского епархиального училища, гимназии Фалькович, реального училища Хайкина, фабрики «Виктория», Земской больницы, еврейской больницы, русского собрания, постройки бывшего военного госпиталя с прилегающей к ним территорией, а также некоторые имения [2].

Кафедру фармакологии предполагалось открыть только в 1922 году, но планирование началось раньше, сперва предлагалось обустроить всего один кабинет фармакологии в здании бывшей духовной семинарии [2], но позже его разместили в доме БГУ №4 (здание бывшего Епархиального училища, где располагались лаборатории медицинского факультета) [2]. Первый заведующий кафедрой профессор Бестужев Александр Петрович был командирован из Смоленского университета [2]. Проживание профессора предполагалось в арендуемом Наркомом доме по ул. Захарьевской, 21, в квартире требовалось сделать ремонт, для чего были выделены необходимые средства [2]. Утверждение профессора А.П. Бестужева в должности заведующего кафедрой фармакологии проходит 14.07.1922 г., в должности заведующего лабораторией фармакологии – 1.07.1922 г., а в должности заведующего кафедрой и лабораторией медицинской химии (ныне биологической химии) – 1.08.1922 г. [2] В 1922/23 учебном году в штате кафедры числилось всего два сотрудника: профессор А. П. Бестужев и ассистент Ф. А. Спиридонов, получивший квалификацию «врач» в 1922 году и с 25.08.1922 зачисленный на кафедру [2]. В 1924 году в штат зачислен ассистент Шамардин Н. Ф. [2] Нагрузка на кафедре в 1922/23 учебном году распределялась следующим образом: профессор Бестужев выполнял 4 часа лекций и 12 часов практических занятий, ассистент Спиридонов Ф. А. – 24 часа практических занятий [2].

Следует отметить, что параллельно с кафедрой фармакологии образовалась кафедра фармации и фармакогнозии. Заведующим кафедрой и одноименной лабораторией с 1.07.1922 года становится преподаватель Найдус Д. И., ассистентом – провизор Нехамкина. Остаются открытыми некоторые вопросы, как, например: были ли расположены кафедры в одном помещении? Были ли преподаватели кафедр фармакологии и фармации и фармакогнозии взаимозаменяемы? С одной стороны, в архивных документах четко указаны названия кафедр и штат сотрудников, а с другой – встречаются

Репозиторий ГрГМУ

следующие записи: «Заявление преподавателя Найдуса об отпуске нового аванса и сто млн. рублей на производство расходов по лаборатории фармакологии [2]» или «Ходатайство преподавателя по кафедре фармакологии Найдуса о назначении служителя лаборатории фармации и фармакогнозии…[2]» Кроме того, в учебных планах медицинского факультета преподавание данных дисциплин стоит как совместно, так и отдельно. Например, изучение дисциплины «фармация и фармакология» проходило на II курсе в V и VI триместрах, отдельно дисциплины «фармакология» на III курсе в VII триместре, а изучение дисциплины «фармакология с фармацевтической химией» указано в планах медицинских факультетов ВУЗов РСФСР на III курсе [2].

С 1923 года оборудование лабораторий фармакологии и биохимии (профессор А. П. Бестужев заведовал кафедрой биохимии и ее лабораторией) значительно улучшилось: было выделено 7 млрд 200 млн рублей для оборудования кафедры фармакологии и 11 млрд 700 млн рублей – кафедры биохимии. Значительная часть денежной суммы направлялась в Москву для осуществления необходимых закупок: 6 млрд 200 млн руб. из средств, выделенных для кафедры фармакологии и 11 млрд 200 млн руб. – кафедры биохимии. Для этой цели сам профессор Бестужев был командирован в Москву [2]. Оборудование было в том числе зарубежного производства, так как в архивных записях существуют заявки профессора Бестужева, составленные на немецком языке, на оборудование для кабинетов фармакологии и биохимии [2]. Не только государственные средства помогали оборудовать университетские лаборатории: со слов профессора Бестужева «…лаборатория фармации, фармакогнозии и фармакологии благодаря любезной заботливости АРА оборудована хорошо… [2]» Научной темой профессора Бестужева в данный период являлось изучение фармакологических эффектов угольной кислоты («К вопросу о возбуждающем действии угольной кислоты», 1925 г.). К началу 1930-ых гг. им было опубликовано 20 научных работ, включая «Терапевтический справочник». Сотрудниками кафедры фармакологии был составлен подробный «зельник» (гербарий лекарственных растений) и большая учебно-показательная коллекция лекарств [4].

Стремительное развитие кафедры фармакологии начинается после переезда медицинского факультета в отдельное здание и продолжается с открытием самостоятельного учебного заведения – Белорусского медицинского института (1930 г.). Увеличение площади кафедры с оборудованием специального помещения для животных (вивария), а также двух бассейнов для лягушек позволяло проводить многочисленные демонстрационные эксперименты, предусмотренные Программой занятий по фармакологии для студентов II курса Белорусского государственного университета в 1931 году. Например, при изучении хлороформа – средства для общей анестезии – ставились реакции на его чистоту, осуществлялось введение хлороформа лягушке с перевязанной бедренной артерией (для установления места действия), отмечались его эффекты на нервный ствол, мышцы,

Репозиторий ГрГМУ

демонстрировалось общее и резорбтивное действие. При изучении морфия, помимо химических реакций, демонстрировался вызванный им паралич центральной нервной системы, действие на дыхательный центр, центры болевой чувствительности при введении морфия под кожу. Действие кодеина на дыхание изучали после его подкожного введения зайцу, для чего дыхательные движения животного записывались «на барабане» [3].

Постепенно в кадровом составе кафедры происходят изменения: с нового 1930/31 учебного года заведующим кафедрой становится проф. Анищенко Валерий Арсеньевич, также на кафедру зачисляют внештатного ассистента Бляхера, а с 1932 года – доктора Коробко В. В., ассистент Шамардин Н. Ф. продолжает работу [3]. Для повышения квалификации сотрудников кафедры фармакологии командируют: доктора Коробко и ассистента Шамардина – в Москву, профессора Анищенко В. А. для ознакомления с организацией работы аналогичных кафедр – в Киев на 5 дней и Москву на 15 дней, а для формирования научного направления – в Ленинград (исследования на токсикологическом полигоне) [3]. Благодаря проделанной работе с нового 1932/33 учебного года образуется еще одна кафедра – токсикологии боевых отравляющих веществ (БОВ), заведующим которой становится профессор Анищенко В. А. Одноименная дисциплина преподавалась как студентам-медикам на 4 и 5 курсах [3], так и врачам – слушателям Белорусского института усовершенствования врачей, слушателям других курсов (например, военным врачам). Всего по токсикологии БОВ было проведено 48 циклов [4], а в 1932 году сдается в печать учебник по токсикологии для студентов санитарного факультета [3]. Токсикология БОВ становится и одним из научных направлений работы кафедры фармакологии. Так, в 1932/33 учебном году профессор Анищенко разрабатывает программу по токсикологии БОВ для поступающих в аспирантуру [3], параллельно с этим организовываются подготовительные курсы для аспирантов [3], и в том же году в аспирантуру по токсикологии БОВ зачисляется аспирант Демьяченок [3]. Основными разделами программы данной аспирантуры являлись получение навыков токсиколого-фармакологического исследования на животных основных сильнодействующих лекарственных средств (атропина, адреналина, кокаина, хлороформа и др.), изучение специальной литературы и периодических изданий по теме, работа по химии БОВ (получение хлора, изготовление хлорной извести, изготовление противолюизитной пасты и др.), изучение немецкой терминологии по общей токсикологии [3]. Развиваются и другие направления научной работы кафедры, важнейшими из них становятся «Взаимодействие лекарственных средств» и «Фармакология фитопрепаратов», что отражается в научной тематике того периода: «Синергизм лекарств в практике врача в городе и деревне», «Небезопасные, нерациональные и другие неправильные медикаментозные смеси алкалоидов», «Фармакология Багульника болотного (Ledum palustre)» [3]. К 1932 году в печать подготовлены работы: «Клиника и терапия эрготизма» и «Фармакология Очитока едкого» [3]. Подготовка кадров через аспирантуру по специальности фармакология увеличивается: в 1932 году

Репозиторий ГрГМУ

при кафедре числится уже три аспиранта [3]. Согласно сведениям, полученным из личного архива профессора К.С. Шадурского «…С 1930 года кафедрой было представлено 13 отзывов по кандидатским и докторским диссертациям в Ученый совет Мединститута и 1 отзыв в Ученый совет Пединститута (по химическому факультету), 12 редакционных отзывов по статьям для «Медицинского журнала БССР». Первая экспериментальная часть научно-исследовательской работы на кафедре была выполнена в 1932 году ассистентом Коробко В.В. При кафедре были выполнены экспериментальные части 3-х диссертационных работ (две кандидатские и одна докторская). Всего из кафедры до 1941 года вышло около 20 печатных работ…» [4].

Другим важнейшим направлением работы являлось участие кафедры в организации фармацевтического образования: дело организации провизорских курсов, курсов усовершенствования фармацевтов и курсов аптечных лаборантов в БССР 1930-х годов практически полностью осуществлялось преподавательским составом кафедры фармакологии. В довоенный период при кафедре фармакологии организовано более 80 научных конференций Фармацевтического общества, многие вопросы деятельности Химико-фармацевтического завода (г. Минск) курировались кафедрой фармакологии (составление перечня готовых лекарственных форм, решение вопросов оценки качества сырья и ряд других) [4].

Таким образом, в довоенный период становления кафедры главное внимание уделялось вопросам преподавания фармакологии будущим врачам и провизорам, а с середины 1930-х годов – развитию научных исследований и подготовки кадров высшей квалификации по фармакологии и токсикологии, выстраиванию системы профессионального взаимодействия с фармацевтическими заводами и учреждениями здравоохранения, налаживанию творческих взаимоотношений с другими медицинскими вузами СССР.

Литература

1. Шишко, Е. И. Минский ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский институт/ Е. И. Шишко, А. А. Ключарев, А. И. Кубарко. – Минск: Вышэйшая школа, 1991. – 192 с.
2. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф.205, Оп. 1 Д. 15 Л. 14, Д. 4 Л. 21, Д. 7 Л. 13, Д. 10 Л. 43, Д. 25 Л. 4, Д. 22 Л. 75, Д. 10 Л. 43, Д. 10 Л. 36(об), Д. 55 Л. 22, Д. 72 Л. 8, Д. 22 Л. 156, Д. 10 Л. 44, Д. 10 Л. 53, Д. 15 ЛЛ. 48, 48 (об), Д. 76 ЛЛ. 9, 9 (об), Д. 139 ЛЛ. 22, 59-63, 107-111, Д. 12 Л. 19 (об). Подлинник
3. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф.218, Оп. 1 Д. 10 ЛЛ. 1-6, Д. 249 Л.18, Д. 489 Л. 22, Д. 32 Л. 112, Д. 110 ЛЛ. 53-54, Д. 104 ЛЛ. 13-14, Д. 109 Л. 46, Д. 217 ЛЛ. 1-5, Д. 249 Л. 18, Д. 183 Л. 11, Д. 217 ЛЛ. 1-5, Д. 80 Л. 32, Д. 109 Л. 46, Д. 183 Л. 9. Подлинник
4. Музей истории медицины Беларуси, НА 000493, материалы Шадурского К. С.

Репозиторий ГрГМУ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ

Барцевич И. Г., Конкин Д. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В настоящее время акантолитическую пузырчатку (АП) относят к приобретенным аутоиммунным заболеваниям. Течение болезни тяжелое, характеризовалось большой площадью поражения кожи, вовлечением в процесс слизистых оболочек, частыми рецидивами, необходимостью назначения высоких начальных суточных доз глюкокортикостероидов.

Ключевые слова: аутоиммунные заболевания, пузырчатка акантолитическая, симптом Никольского, глюкокортикостероиды.

CONTEMPORARY ASPECTS OF ACANTHOLYTIC PEMPHIGUS TREATMENT

Bartsevich I. H., Konkin D. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Currently acantholytic pemphigus is related to evoked autoimmune diseases. Clinical course is severe and is characterized by huge skin damage area, involvement of mucous coats, frequent relapses, necessity of high initial daily gluco-corticosteroid doses prescription.

Key words: autoimmune diseases, acantholytic pemphigus, Nikolsky's symptom, gluco-corticosteroid.

Актуальность. Среди хронических заболеваний кожи пузырчатка акантолитическая (АП) является одним из самых тяжелых и требует врачебного контроля на протяжении всей жизни больного. Пузырчатка представляет собой тяжелое заболевание, сопровождающееся образованием пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках. У больных выявляются аутоантитела к белкам межклеточной адгезии кератиноцитов кожи, входящих в состав десмосом и формирующих контакты между клетками – десмоглеину 3 и десмоглеину 1. Так, при наличии антител только к ДСГ3 у больного формируются пузыри на слизистых оболочках, но кожные проявления отсутствуют. При наличии

Репозиторий ГрГМУ

антител также и к ДСГ1 появляются пузыри на коже. На настоящий момент механизмы патогенного действия всех идентифицированных аутоантител интенсивно изучаются. Проблемой является разнообразие выявленных мишеней, распознаваемых иммунной системой [1].

В настоящее время АП относят к приобретенным аутоиммунным заболеваниям. Трудности в оценке различных схем лечения АП связаны с тем, что заболевание является относительно малораспространенным: заболеваемость составляет 0,5-3,2 случая на 100 000 населения в год, а частота встречаемости пемфигуса среди всех дерматозов не превышает 1-1,5% [2,3].

Без лечения 75% больных погибают в течение года. Болезненный процесс тянется неделями или месяцами. Больные худеют, теряют сон и аппетит. При генерализации пузырчатки смерть наступает в течение короткого времени. При диагностике АП учитывается совокупность результатов клинического, цитологического, гистологического и иммунофлюоресцентного обследования [3].

Поскольку этиология АП неизвестна, поэтому лечение этой группы заболеваний остается патогенетическим, направленным на подавление синтеза аутоантител к белкам десмосомальных связей шиповатых клеток эпидермиса. Главным средством лечения больных АП являются глюкокортикостероиды (ГК). Не существует абсолютных противопоказаний к лечению пузырчатки ГК, так как только ГК предотвращают смерть больных. ГК назначают самостоятельно (монотерапия) или в сочетании с цитостатиком (комбинированная, сочетанная терапия с азатиоприном или метатрексатом, циклофосфамидом, циклоспорином А). Цитостатики не могут полностью заменить ГК и с их помощью удается лишь снизить дозу ГК.

Продолжительный прием кортикостероидов вызывает развитие синдрома Иценко-Кушинга – избыточное отложение жира на лице (лунообразное лицо), в верхней части живота, образование надключичных и подключичных "подушек", стероидного "горба". Для предупреждения либо "смягчения" этих нежелательных явлений используют анаболические стероиды; это стимулирует синтез белка [4].

Адъювантная терапия пузырчатки направлена на уменьшение потребности в КС и, следовательно, сокращение побочных эффектов; кроме того, она повышает эффективность проводимой терапии, что было продемонстрировано сниженной летальностью и более частыми ремиссиями [4]. Наиболее часто в качестве адъювантной терапии пузырчатки используют иммуносупрессивные препараты и иммуномодулирующие процедуры (гемосорбцию, плазмаферез и др.). Иммуносупрессивные препараты, такие как метотрексат, циклоспорин А, азатиоприн, циклофосфамид, микофенолат мофетил, подавляют иммунный ответ. Все авторы, применявшие в качестве адъювантной иммуносупрессивную терапию, сходятся во мнении, что такая терапия способствует более эффективному подавлению патологического процесса [2,4]. Она позволяет также давать больным меньшую суммарную дозу КС и тем самым снизить риск возникновения побочных эффектов. Однако

Репозиторий ГрГМУ

иммуносупрессивные препараты сами способны вызывать тяжелые побочные эффекты, такие как миелосупрессия, анемия, гепатотоксические реакции, геморрагический цистит, нарушение функции почек, поэтому необходим тщательный контроль анализов крови и мочи [4].

Однако такая терапия не является специфичной, к тому же для достижения ремиссии необходимы высокие дозы кортикостероидов (КС), в связи с чем появляется риск возникновения серьезных побочных эффектов: стероидного сахарного диабета, остеопороза, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, аритмии, панкреатита, язвы желудка, синдрома Кушинга и других. Большинство больных погибают от осложнений, возникающих в процессе лечения [2].

В последнее время предложен новый метод адъювантной терапии пузырчатки, заключающийся в применении экстракорпоральной фотохимиотерапии (фотоферез). Экстракорпоральная фотохимиотерапия применяется в лечении аутоиммунных и онкологических заболеваний. Этот метод лечения хорошо себя зарекомендовал в случаях тяжелого течения АП, а также при резистентности заболевания к проводимому лечению КС и иммуносупрессивными препаратами. [3, 4].

Материал и методы. Объектом исследования явились 13 больных АП, находившихся на стационарном лечении в областном кожно-венерологическом диспансере в течение года. Вульгарная пузырчатка диагностирована у 10 и себорейная – у трех пациентов. Всего мужчин было 53,8% и женщин 46,2% в возрасте от 40 до 83 лет. Средний возраст составил 47,0 (41,0; 50,0) лет.

Статистическую обработку данных проводили в программе «Statistica» 6.0. Анализ распределения данных показал непараметрический характер распределения, таким образом, вычисляли медиану, 25 и 75 квартили. Результаты представляли в виде Me (25%; 75%). Различия между группами оценивали с помощью критерия Манна-Уитни. За критический уровень статистической значимости принимали $p<0,05$.

Результаты исследования. Из 13 пациентов 7 были мужчины и 6 – женщины. Средняя продолжительность болезни АП была 4,0 (2,0; 4,0) года, в том числе у 1 (7,7%) пациента длительность АП до года. Начало заболевания приходится на трудоспособный возраст 44,0 (37,0; 49,0) года. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 28 (15; 34) дней. По социальному положению более половины (53,8%) пациентов являются инвалидами, 23,1% – пенсионеры и лишь каждый пятый работал.

Не установлено никакого статистически значимого различия по гендерному признаку относительно возраста (Манна-Уитни *U*-критерий, $p=0,07$), дебюта и длительности течения АП ($p=0,07$), числа дней пребывания в стационаре ($p=1,0$), уровню глюкозы, холестерина, А/Д, ($p>0,05$). Однако имеется статистически значимое различие по индексу массы тела (ИМТ), который у мужчин составляет 23,4±4,1 кг/м^2, а у женщин в 1,6 раза выше (36,8±10,9 кг/м^2, Манна-Уитни *U*-критерий, $p=0,009$).

Репозиторий ГрГМУ

Нами установлена сильная корреляция между возрастом пациентов и дебютом заболевания R=0,95, p<0,05), ИМТ (R=0,81, p<0,05) и сильная обратная связь с длительностью течения АП (Спирмена R=-0,75, p<0,05). Не установлено в данном исследовании наследственного фактора в возникновении АП.

Нами установлено, что все аутоиммунные буллезные дерматозы протекали на фоне патологии со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия) и/или желудочно-кишечного тракта (холецистит, панкреатит, гастродуоденит), других заболеваний кожи. Среди сопутствующей патологии у больных АП преобладали другие заболевания кожи (36,4%), заболевания сердечно-сосудистой системы (27,3%), эндокринной системы (12,1%), органов пищеварения (9,1%), мочеполовой системы (9,1%) и прочие (6,0%).

Среди лечившихся по поводу АП больных у каждого второго (50,0%) течение болезни было тяжелым, что характеризовалось большой площадью поражения кожи, вовлечением в процесс слизистых оболочек, частыми рецидивами, необходимостью назначения высоких начальных суточных доз глюкокортикоидов (ГК). Все модификации симптома Никольского у этих больных при поступлении в стационар были положительными. В 21% случаев было отмечено поражение только слизистой оболочки полости рта без клинических проявлений на коже. У остальных пациентов течение АП было относительно благоприятным: с небольшим количеством высыпаний, быстрым регрессом элементов при назначении стандартных доз ГК, длительными ремиссиями.

Заключение. Своевременная диагностика АП, системная кортикостероидная терапия, адекватная тяжести заболевания, грамотно подобранная адъювантная терапия являются залогом успешного лечения, благоприятного прогноза и продолжительной жизни больного.

Литература

1. Свирщевская, Е. В. Аутоиммунная пузырчатка: идентификация патогенных эпитопов десмоглеина 3 / Е. В. Свирщевская, А. А. Лысенко, Е. В. Матушевская и др.// Современные проблемы дерматовенерологии. – 2009. – №3. – С.5-13.
2. Пантелеева, Г. А. Тактика лечения и реабилитации больных акантолитической пузырчаткой / Г. А. Пантелеева, И. В. Суздальцева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 2. – С.27-29.
3. Карзанов, О. В. Истинная пузырчатка: патогенез, диагностика, лечение / О. В. Карзанов // Дерматология. – 2008. – № 2 – С.58-61.
4. Harman, K. E. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris/ K. E. Harman, S. Albert, M. M. Black // Br. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 149 (5). –P.926–937.

Репозиторий ГрГМУ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА 2013-2018 ГОДЫ

Белоусова С. Е., Пивоварова Г. М., Коломенская Т. В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме. В данной статье были проанализированы стандартизованные показатели смертности населения Российской Федерации (РФ) и Сибирского федерального округа от причин, обусловленных употреблением наркотиков, за период с 2013 по 2018 годы.

Ключевые слова: Сибирский федеральный округ, Российская Федерация, наркотики, смертность, население.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF POPULATION MORTALITY FROM DRUG USE IN RUSSIAN FEDERATION AND SIBERIAN FEDERAL DISTRICT IN DYNAMICS FOR 2013-2018

Belousova S. E., Pivovarova G. M., Kolomenskaya T. V.

North-Western State Medical University named ofter I. I. Mechnikov of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russian Federation

Summary. In this article the standardized indicators of mortality of the population of the Russian Federation (RF) and the Siberian Federal District from the reasons caused by the use of drugs from 2013 for 2018 were analysed.

Key words: Siberian Federal District, Russian Federation, drugs, mortality, population.

Актуальность. В 1987 году Генеральной Ассамблеей ООН учрежден Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков – 26 июня, уже с тех пор проблема борьбы с употреблением наркотических веществ является особенно актуальной.

Согласно докладу Организации Объединённых наций (ООН) о наркомании в 2019 году, опубликованному Управлением ООН по наркотикам и преступности, около 35 миллионов человек во всем мире страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков и нуждаются в лечении.

В последние 25 лет потребление наркотиков в Российской Федерации (РФ) является серьезной медицинской, социально-политической, экономической и правовой проблемой. [4]

Репозиторий ГрГМУ

Среди населения РФ в 2018 году зарегистрировано 16 336 случаев отравлений наркотическими веществами. Показатели отравлений наркотическими веществами превышают среднероссийский уровень в 1,2-2,6 раза в Северо-Западном (29,4 на 100 тыс. населения), Центральном (13,9) и Сибирском (16,2) федеральных округах. [1]

Современной тенденцией, создающей угрозу психическому и социальному здоровью населения, является появление новых психоактивных веществ (ПАВ), среди которых особенно широко стали распространены курительные смеси под названием «спайс». Некоторые из них в последствие были включены в список наркотических веществ, оборот которых запрещён на территории РФ.

В феврале 2015 года, в связи с массовыми отравлениями данными ПАВ, Президент РФ В. В. Путин подписал закон о запрете оборота и пропаганды спайсов в России (Федеральный закон от 3 февраля 2015 г. N 7-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"). Однако в 2018 году было зарегистрировано 1035 случаев (0,7 на 100 тыс. населения) отравления курительными смесями (spice), при этом наибольшее количество было отмечено в Сибирском, Приволжском, Центральном федеральных округах. [1]

Нами уже изучались проблемы наркомании в РФ в 2018 году. [2]

Цель и задачи исследования. Изучить показатели смертности населения от употребления наркотиков в Российской Федерации и Сибирском федеральном округе за период 2013-2018 гг.

Материалы и методы. Санитарно-статистические, аналитические методы, отчетные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. По данным Росстата в 2018г. абсолютное число умерших от причин, обусловленных употреблением наркотиков, в РФ составило 4 445 человек, среди них доля мужского населения составила 87,3%, женского населения – 12,7%.

В Сибирском федеральном округе (СФО) в 2018 году абсолютное число умерших от причин, связанных с употреблением наркотических веществ, составило 643 человека, среди них доля мужчин – 88,2%, доля женщин – 11,8%.

При анализе стандартизованных показателей смертности населения от причин, обусловленных употреблением наркотиков, было выявлено, что в РФ данный показатель в 2018 г. по сравнению с 2013г. увеличился на 4%. В Сибирском федеральном округе аналогичный показатель за 2013-2018 гг. уменьшился на 34,04% (среди мужчин уменьшился на 36,05%, среди женщин – на 30%) (рисунок 1).

Репозиторий ГГМУ

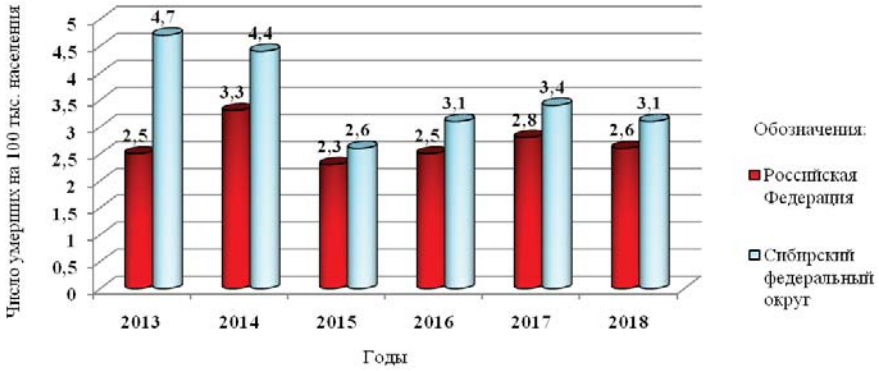


Рисунок 1. – Динамика смертности населения Росийской Федерации и Сибирского федерального округа от причин, обусловленных употреблением наркотиков, за 2013-2018 гг. (число умерших на 100 тыс., стандартизованные показатели)

В 2018 году смертность населения от употребления наркотических веществ в Сибирском федеральном округе выше, чем в РФ на 19,2%. Данный показатель в Сибирском федеральном округе выше общероссийского уровня среди мужского населения на 22,2%, среди женского – на 16,7% (рисунок 2, 3).

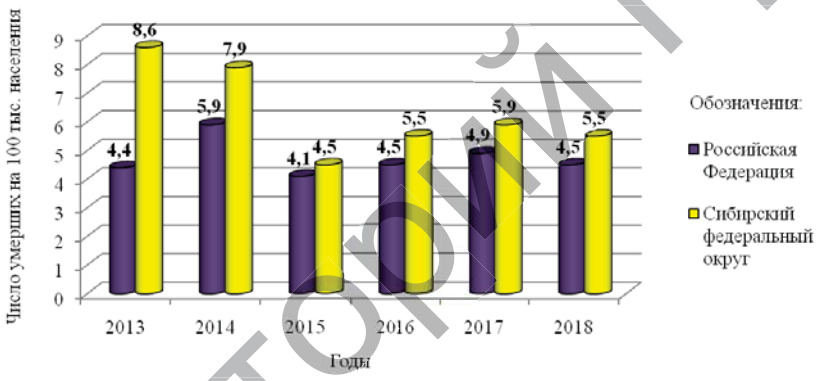


Рисунок 2. – Динамика смертности мужского населения Росийской Федерации и Сибирского федерального округа от причин, обусловленных употреблением наркотиков, за 2013-2018 гг. (число умерших на 100 тыс., стандартизованные показатели)

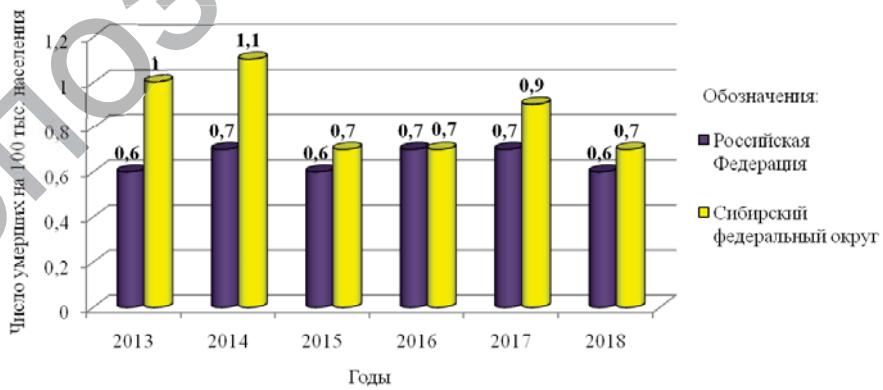


Рисунок 3. – Динамика смертности женского населения Росийской Федерации и Сибирского федерального округа от причин, обусловленных употреблением наркотиков, за 2013-2018 гг. (число умерших на 100 тыс., стандартизованные показатели)

При распределении умерших от причин, обусловленных употреблением наркотиков, среди всего населения РФ и Сибирского федерального округа в

Репозиторий ГрГМУ

2018 году на первом месте находится случайное отравление, воздействие наркотиками и психодислептиками (в РФ – 63,98%, в СФО – 58,48%), на втором месте – отравление, воздействие наркотиками и психодислептиками, не классифицированное в других рубриках с неопределенными намерениями (в РФ – 32,67%, в СФО – 40,74%), на третьем месте – психические расстройства в результате злоупотребления наркотиками (в РФ – 3,35%, в СФО 0,78%).

В 2018 г. среди населения четырёх из десяти субъектов Сибирского федерального округа стандартизованный показатель смертности, обусловленной употреблением наркотических веществ, превысил общероссийский уровень.

Среди субъектов Сибирского федерального округа в 2018 году наивысший показатель смертности населения от причин, связанных с употреблением наркотиков, установлен в Кемеровской области, в Красноярском крае, в Томской и Новосибирской областях.

В Кемеровской области стандартизованный показатель смертности населения от употребления наркотиков в 2018 г. составил 5,3 на 100 000 населения, что выше общероссийского уровня в 2,04 раза.

Среди населения Красноярского края стандартизованный показатель смертности от употребления наркотиков в 2018 г. составил 4 на 100 000 населения, что выше, чем в целом по России в 1,54 раза.

Стандартизованный показатель смертности от употребления наркотиков среди населения Томской области в 2018 г. составил 3,8 на 100 000 населения, что выше, чем в среднем по РФ в 1,46 раза.

В Новосибирской области стандартизованный показатель смертности населения от употребления наркотиков в 2018 г. составил 3,4 на 100 000 населения, что выше, чем общероссийского уровня в 1,31 раза (таблица 1).

Таблица 1. – Смертность от причин, связанных с употреблением наркотиков, среди населения Российской Федерации и субъектов Сибирского федерального округа в 2018г. (число умерших на 100 000 населения, стандартизованные показатели)

Пол / Территория	Оба пола	Мужчины	Женщины
РФ	2,6	4,5	0,6
СФО В том числе:	3,1	5,5	0,7
Республика Алтай	0	0	0
Республика Тыва	0,4	1,1	0
Республика Хакасия	1,8	3	0,7
Алтайский край	0,4	0,6	0,2
Красноярский край	**4**	**7,5**	**0,6**
Иркутская область	2,6	4,6	0,7
Кемеровская область	**5,3**	**9,7**	**1,2**
Новосибирская область	**3,4**	**6**	**0,9**
Омская область	2,5	4,4	0,6
Томская область	**3,8**	**6,8**	**0,9**

Репозиторий ГрГМУ

При сравнении стандартизованных коэффициентов смертности от употребления наркотиков в 2018г. среди мужчин и женщин установлено, что данные показатели среди мужского населения выше, чем среди женского населения в РФ в 7,5 раз, в СФО в 7,9 раз, в Кемеровской области в 8,1 раз, в Красноярском крае в 12,5 раз, в Новосибирской области в 6,7 раз, в Томской области в 7,6 раз.

Выводы. В результате проведённого анализа показателей смертности населения от причин, обусловленных употреблением наркотиков, было выявлено, что в 2018 году в Сибирском федеральном округе и РФ доля мужского населения преобладает над женским. При этом смертность населения от употребления наркотических веществ в Сибирском федеральном округе за период с 2013 по 2018 гг. выше, чем в среднем по РФ.

При анализе динамики стандартизованных показателей смертности населения от употребления наркотиков за 2013-2018 гг. в Сибирском федеральном округе отмечается снижение данного показателя, как среди мужчин, так и среди женщин, а в РФ – повышение аналогичного показателя.

В 2018 г. при распределении умерших от причин, обусловленных употреблением наркотиков, среди населения РФ и Сибирского федерального округа первое место занимает случайное отравление, воздействие наркотиками и психодислептиками, второе место – отравление, воздействие наркотиками и психодислептиками, не классифицированное в других рубриках с неопределенными намерениями, третье место – психические расстройства в результате злоупотребления наркотиками.

В 2018 году в Сибирском федеральном округе субъектами риска по показателям смертности населения от употребления наркотиков являются Кемеровская область, Красноярский край, Томская и Новосибирская области. Также необходимо отметить, что стандартизованные коэффициенты смертности, связанной с употреблением наркотических веществ, среди мужского населения выше, чем среди женского населения в РФ, Сибирском федеральном округе и субъектах риска.

На основе полученных данных, можно сделать вывод, что для снижения масштабов наркомании и злоупотребления наркотиками, а также их негативных последствий (в том числе летальных исходов) необходимо разрабатывать и реализовывать комплексные эффективные программы в рамках государственной антинаркотической политики.

Литература

1. О наркоситуации в Российской Федерации в 2018 г.: государственный доклад – М.: Государственный антинаркотический комитет, 2019. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://prim-hasan.ru (дата обращения: 06.06.2020)
2. Пивоварова Г. М., Белоусова С. Е., Козявина К. Ю. Проблема наркомании в Российской Федерации в 2018г. Здоровье населения и качество жизни электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции – СПб., 2020. Ч. 2 – С.54-61.
3. Российский статистический ежегодник. 2019: Стат.сб./Росстат. – Р76 М., 2019 – 708 с.

Репозиторий ГрГМУ

4. Коршунов В. А. Эпидемиологические закономерности распространения наркопотребления и наркозависимости и направления по оптимизации мер профилактики: дис. канд. Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, Москва, 2017.
5. Центральная база статистических данных [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL:http://www.gks.ru (дата обращения 7.04.20)

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТА ОЗОНА В УСЛОВИЯХ ДЕЗОКСИГЕНАЦИИ

Билецкая Е. С., Зинчук В. В., Рыбаков Р. В., Трусова И. С., Богданович Е. Р.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлен анализ показателей кислородтранспортной функции и кислотно-основного состояния крови при действии озона в условиях дезоксигенации и коррекции системы газотрансмиттеров.

Ключевые слова: озон, нитроглицерин, газотрансмиттер.

PECULIARITIES OF THE OZONE EFFECT UNDER THE CONDITIONS OF DEOXYGENATION

Biletskaya E. S., Zinchuk V. V., Rybakov R. V., Trusova I. S., Bogdanovich E. R.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents an analysis of the oxygen transport function and the acid-base state of the blood under the action of ozone in the conditions of deoxygenation and correction of the gasous transmitter system.

Key words: ozone, nitroglycerin, gaseous transmitter.

Озонотерапия является одним из перспективных современных методов неспецифического воздействия на организм. Литературные данные свидетельствуют, что минорные дозы данного газа стимулируют адаптационные и защитно-компенсаторные системы, обусловливая широкий спектр биологических эффектов [1]. Уникальные свойства озона обусловливают перспективность внедрения методов озонотерапии с целью повышения эффективности лечебных и профилактических мероприятий практически во всех традиционных областях медицины. В первую очередь это проявляется в нормализации функционирования антиоксидантной системы,

Репозиторий ГрГМУ

стимуляции газотранспортной функции крови и др., приводящие в целом к положительному системному результату [2]. Озон обеспечивает усиленную отдачу кислорода недостаточно кровоснабжаемым тканям, что подтверждено анализом газового состава крови: напряжение кислорода в венозной крови после курса озонотерапии снижается и усиливается метаболизм в тканях, что нивелирует отрицательные эффекты гипоксемии [3]. Данный газ также активирует индуцибельную синтазу оксида азота, что приводит к увеличению концентрации последнего. Монооксид азота через изменение различных механизмов формирования функционального статуса эритроцитов, обеспечивает адаптацию организма к гипоксии [4]. В связи с этим особый интерес вызывает изучение эффектов озона в условиях дезоксигенации и коррекции системы газотрансмиттеров (монооксид азота, сероводород).

Целью нашей работы было определение особенностей эффекта озона на показатели кислородтранспортной функции, кислотно-основного состояния крови в условиях дезоксигенации и коррекции системы газотрансмиттеров.

Для эксперимента использовалась смешанная венозная кровь, взятая из правого предсердия у белых крыс-самцов массой 250-300 г, предварительно содержавшихся в стандартных условиях вивария. Забор проводили под адекватным наркозом (50 мг/кг тиопентала натрия интраперитонеально) в объеме 8 мл в подготовленный шприц с гепарином из расчета 50 ЕД на 1 мл.

Образцы крови (n=10) были разделены на 6 аликвот по 3 мл. В группах 2, 4, 5, 6 осуществляли дезоксигенацию крови в термостатируемом сатураторе газовой смесью (5,5% CO_2; 94,5% N_2) на протяжении 30 минут. К аликвотам добавляли озонированный изотонический раствор хлорида натрия в объёме 1 мл (в контроль и 2-ю без озонирования) и 0,1 мл растворов, содержащих газотрансмиттеры (в 5-ю – нитроглицерин в конечной концентрации 0,2 ммоль (SchwarzPharma AG), 6-ю – гидросульфид натрия в конечной концентрации 0,38 ммоль (Sigma-Aldrich)), в остальные группы – изотонический раствор хлорида натрия, после чего пробы перемешивались. Время инкубации составляло 60 мин. Изотонический раствор хлорида натрия барбатировался озоно-кислородной смесью, которая создавалась озонотерапевтической установкой УОТА-60-01-Медозон (Россия), в которой контролировалась концентрация озона.

После добавления озона на газоанализаторе Stat Profile pHOx plus L (США) при 37°С в крови определяли следующие показатели кислородтранспортной функции: парциальное давление кислорода (pO_2), степень оксигенации (SO_2) и кислотно-основного состояния: парциальное давление углекислого газа (pCO_2), стандартный бикарбонат (SBC), реальный/стандартный недостаток (избыток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат (HCO_3^-), концентрация водородных ионов (pH), общая углекислота плазмы крови (TCO_2). Сродство гемоглобина к кислороду оценивали спектрофотометрическим методом по показателю $p50_{реал}$ (pO_2 крови при 50% насыщении ее кислородом). По формулам Severinghaus рассчитывали значение $p50_{станд}$.

Репозиторий ГрГМУ

Все показатели проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка. С учетом этого были использованы методы непараметрической статистики с применением программы “Statistica 10.0”. Уровень статистической значимости принимали за $p < 0,05$.

Установлено, что система газотрансмиттеров участвует в эффекте озона на кислородтранспортную функцию крови в условиях дезоксигенации. Дезоксигенация приводит к снижению pO_2 и SO_2 в сравнении с контролем. Показатель сродства гемоглобина к кислороду $p50_{реал}$ также уменьшается. Схожая динамика изменений отмечается и по $p50_{станд}$. Также наблюдается сдвиг реакции крови в кислую сторону, что подтверждается снижением значения pH и ростом концентрации pCO_2, SBC, ABE/SBE, HCO_3^-, TCO_2. Добавление озона в дезоксигенированную кровь приводит к росту pO_2, SO_2, $p50_{реал}$ и $p50_{станд}$, однако в сравнении с 3-ей группой (озонирование без дезоксигенации) отмечается их снижение. Введение нитроглицерина усиливает эффект данного газа на кислородтранспортную функцию и на параметры кислотно-основного состояния в заданных условиях. При добавлении гидросульфида натрия наблюдается снижение pO_2 и SO_2 в сравнении с 3-ей группой. Взаимодействие доноров монооксида азота и сероводорода может иметь значение для модификации сродства гемоглобина к кислороду через образование различных дериватов гемоглобина.

Таким образом, результаты выполненного исследования демонстрируют, что озон в условиях дезоксигенации и коррекции системы газотрансмиттеров способен активно участвовать в процессах формирования кислородсвязывающих свойств крови. Нитроглицерин, как непосредственный донор монооксида азота и гидросульфид натрия усиливают влияние озона на показатели сродства гемоглобина к кислороду. Выявленный нами эффект реализуется вероятно, как непосредственно через вклад в функционирование систем цистеин/цистин и L-аргинин-NO, так и через модификацию функциональных свойств гемоглобина.

Литература

1. Озон и озонирование: Монография / И. С. Чекман [и др.] / – Х. : «Цифрова друкарня №1», 2013. – 144 с.
2. Ozone therapy: an overview of pharmacodynamics, current research, and clinical utility / N. L. Smith [et al.] // Medical Gas Research. – 2017. – Vol. 7, № 3. – P. 212.
3. Гулиева, М. Г. Озонотерапия (обзор литературы) / М. Г. Гулиева // Офтальмология. – 2010. – № 2. – с.102-109.
4. Nitric oxide in red blood cell adaptation to hypoxia / Y. Zhao[et al.] // Acta Biochimica et Biophysica Sinica. – 2018. – Vol. 50, № 7. – P. 621–634.

Репозиторий ГрГМУ

МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО ОТВЕТСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ

Бойко С. Л., Сурмач М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье раскрыто понятие социальной ответственности в здравоохранении, его преломление в международных стандартах качества деятельности и значимость для успешного социального управления в современных условиях.

Ключевые слова: социальная ответственность, организация здравоохранения, международный стандарт, менеджмент качества деятельности.

MODEL OF A SOCIALLY RESPONSIBLE HEALTH SERVICE ORGANIZATION: INTERNATIONAL STANDARDS

Boyko S. L., Surmach M. Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article discloses the concept of social responsibility in healthcare, its refraction in international standards of quality management and the significance for successful social management in modern conditions.

Key words: social responsibility, healthcare organization, international standard, quality management

Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант № Г19-061 от 02.05.2019).

Внешняя среда управления организацией (макросреда организации) представляет собой совокупность факторов, действующих вне организации, но влияющих на её работу.

К деловой среде организаций здравоохранения можно отнести следующие факторы прямого воздействия: потребители услуг медицинского назначения; объём средств, выделяемых государством на финансирование здравоохранения; материальные ресурсы (наличие постоянно восполняемых энергоресурсов, материалов, оборудования); законы и государственные органы; конкурирующие организации здравоохранения; поставщики лекарственных средств, медицинской техники и материалов; трудовые ресурсы – обеспеченность кадрами (уровень подготовки кадров, укомплектованность должностей, коэффициент совместительства).

Внешние факторы косвенного воздействия (фоновая среда организаций здравоохранения) включают демографические факторы, достижения научно-

Репозиторий ГрГМУ

технического прогресса в медицине, состояние экономики государства, социальные факторы (медицинская грамотность населения, образ жизни, основы самосохранительного поведения), политические факторы, факторы международной среды, культурные факторы (общая и медицинская культура, социальный контроль) и другие.

Все общественные отношения, возникающие в сфере охраны здоровья, должны быть законодательно оформлены в виде прав, обязанностей и ответственности участников этой деятельности: государства, граждан, юридических и физических лиц, пациентов и медицинских работников. К данным отношениям относят, во-первых, совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на охрану здоровья населения; во-вторых, общественные отношения, возникающие при обращении граждан за оказанием медицинской помощи, регулируемые законодательно сводом прав пациентов. Понятие «потребители услуг медицинского назначения» не тождественно понятию «пациенты» и «количество населения обслуживаемой территории», поскольку включает не только количество обслуживаемого населения, но и его качественный состав. Это, прежде всего, демографические характеристики, состояние здоровья (заболеваемость, инвалидность, физическое развитие), социальные (медицинская грамотность, образ жизни, самосохранительное поведение), биологические (наследственность, экологическое воздействие), экономические (платежеспособность) характеристики.

Большинство из характеристик потребителей услуг медицинского назначения являются социально обусловленными (традиции, культурные нормы). Социальные и культурные различия потребителей услуг медицинского назначения объясняют специфику систем здравоохранения разных стран. Прежде всего, социальные факторы являются причиной систематических различий в показателях здоровья населения стран мира.

Понятие социальной ответственности организаций, подразумевающее что приносящие прибыль организации обязаны использовать свои ресурсы таким образом, чтобы общество оставалось в выигрыше, было впервые использовано в начале двадцатого века Эндрю Карнеги в работе «Евангелие благотворительности».

Современный подход рассматривает социальную ответственность организаций в трёх аспектах:

– ответственность за роль организации в обществе (будучи частью общества, она должна удовлетворять потребности данного общества);

– ответственность за способности (то есть за те общественные проблемы, которые организация способна решить с использованием собственных возможностей);

– причинная ответственность (ответственность за свои действия и последствия этих действий, то есть за те факты, причиной происшествия которых данная организация является).

Репозиторий ГрГМУ

Организации здравоохранения относятся к социальной сфере, и их непосредственная деятельность уже сама по себе социально ответственна. Упрощённо можно считать, что для организаций здравоохранения социальная ответственность – это следование миссии здравоохранения, практически выраженное в качественном выполнении своей работы.

На международном уровне приняты ряд стандартов социальной ответственности для организаций, включающие Руководящие принципы ОЭСР для транснациональных корпораций, нормы ООН в области прав человека, Глобальный договор ООН, Соглашения Международной организации труда (МОТ), Глобальные принципы Салливана. Принципы Глобального договора ООН основаны на Всеобщей декларации прав человека, Декларации МОТ о принципах и правах в сфере труда, Рио-де-Жанейрской декларации по окружающей среде и развитию, Конвенции ООН против коррупции. Международные стандарты корпоративной социальной ответственности используются в целях унификации нефинансовой отчетности и для объективной оценки вклада организации в социальную, экологическую и экономические сферы жизни общества. Самыми широко признанными стандартами социальной ответственности для организаций являются SA8000, AA1000SES, GRI, ISO 26000 [1].

SA8000 (Social Accountability 8000) – стандарт для оценки социальных аспектов систем управления. В его основе – конвенции Международной организации труда, Конвенция ООН по правам ребенка и Всемирная декларация прав человека. Основное назначение: улучшение условий труда и жизненного уровня работников как малых, так и крупных предприятий, а также общественных организаций. Данный стандарт не затрагивает вопросы экономии ресурсов и помощи местному сообществу [2]. Все нормы, отраженные в SA 8000, действуют в Республике Беларусь в рамках трудового законодательства.

Стандарт AA1000 (Stakeholders Engagement Standard), созданный Институтом социальной и этической отчётности (The Institute of Social and Ethical AccountAbility), документирует требования к предоставлению отчётов о планировании (идентификация заинтересованных сторон, определение/уточнение ценностей и задач компании и др.), отчётности (выявление наиболее актуальных вопросов, определение индикаторов оценки, сбор и анализ информации), подготовке и проведении аудита внешней организацией. Основное отличие этого подхода от других существующих стандартов заключается в применении системы постоянного диалога с заинтересованными сторонами, то есть представителями групп или организаций, на которых деятельность компании может оказывать влияние или которые сами влияют на деятельность организации [3].

Основа стандарта GRI (Global Reporting Initiative) – концепция устойчивого развития бизнеса, при которой компаниям необходимо сбалансировать экономическую, экологическую и социальную деятельности.

Репозиторий ГрГМУ

Стандарт ISO 26000:2010 «Руководящие указания по социальной ответственности» представляет руководство по принципам, основным темам и проблемам, лежащим в основе социальной ответственности, способам интеграции социально ответственного поведения в стратегии, практики и процессы организации. Стандарт основан на международном опыте 90 стран и 40 международных организаций. Социально-экономические аспекты социальной ответственности представлены следующими разделами: управление организацией, права человека, труд и его охрана, окружающая среда, добросовестные деловые практики, проблемы, связанные с потребителями, и участие в жизни сообщества. Важно понимать, что стандарт ISO 26000 содержит не требования, а добровольно используемое руководство и, таким образом, не является стандартом для сертификации, как ISO 9001:2008 и ISO 14001:2004 [1]. ISO 26000 рекомендует организациям проанализировать все основные темы и выявить актуальные проблемы, существующие в организации, а затем оценить значимость воздействия организации в отношении заинтересованных сторон и влияние на устойчивое развитие. Стандарт предназначен для применения всеми типами организаций в частном и государственном секторах.

Центром экспертных программ Всероссийской организации качества разработан международный стандарт IC CSR-08260008000 «Социальная ответственность организации. Требования» [4], который учитывает положения Глобального договора ООН о действиях в области корпоративной социальной ответственности, рекомендации МОТ, а также другие международные документы. Положения данного стандарта полностью соответствуют требованиям стандарта ISO 26000:2010, относящимся к праву на труд, социальным гарантиям, к охране труда, производства продукции и услуг надлежащего качества, к охране окружающей среды и ресурсосбережению, участию в социальных мероприятиях и поддержке инициатив местного сообщества, к социальному менеджменту. Главным его преимуществом по сравнению с ISO 26000 является возможность сертификации, которая производится в Международной системе сертификации деятельности организаций в области социальной ответственности «ИНТЕРСОЦСЕРТ» (Россия, Беларусь, Украина, Хорватия). Более того, правила системы «ИНТЕРСОЦСЕРТ» предусматривают возможность сертификации или декларирования не только на соответствие требованиям всех модулей стандарта CSR, но также по одному или нескольким из них. Если сертификация или декларирование будут успешно проведены по модулям «А» и «И», то организация кроме сертификата соответствия стандарту CSR получит сертификат соответствия стандарту SA 8000, так эти модули гармонизированы с положениями указанного стандарта [1].

Таким образом, международное сообщество выработало большое количество стандартов для оценки социально ответственной деятельности организаций. Глобальный договор ООН является основополагающим компонентом всех стандартов социальной ответственности. К настоящему

Репозиторий ГрГМУ

моменту наиболее разработанными и универсальными стандартами являются ISO 26000 и IC CSR-08260008000.

Ответственность организации за воздействие ее решений и деятельности на общество и окружающую среду через прозрачное и этичное поведение, которое содействует устойчивому развитию, включая здоровье и благосостояние общества; учитывает ожидания заинтересованных сторон; соответствует применяемому законодательству и согласуется с международными нормами поведения; интегрировано в деятельность всей организации и применяется в ее взаимоотношениях становится в современных условиях основополагающим принципом в формировании стандартов качества деятельности в здравоохранении Республики Беларусь.

Литература

1. ИСО 26000 – Социальная ответственность // ИСО. Международная организация по стандартизации – 2011 – [Электронный ресурс] : http://www.iso.org/iso/ru/iso_catalogue/management_and_ leadership_standards/social_responsibility/sr_iso26000_overview.htm –Дата доступа 23.03.2020
2. SA 8000. Социальная ответственность// quality.eup.ru – [Электронный ресурс]: http://quality.eup.ru/GOST/sa8000.htm дата доступа 23.03.2020.
3. Стандарты по корпоративной социальной ответственности // ВОК-2011 – [Электронный ресурс]: http://www.ksovok.com/text.php дата доступа 23.03.2020
4. Попов, В. Д. Проблемы формирования социальной политики на промышленном предприятии в соответствии со стандартом IC CSR-08260008000 / В. Д. Попов, Л. С. Якурнова // Социокультурное развитие большого Урала: тренды, проблемы, перспективы : материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции XX Уральские социологические чтения (Екатеринбург, 27-28 февраля 2015 г.) / под общ. ред. Ю. Р. Вишневского. – Екатеринбург: УрФУ, 2015. – С. 404-407.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бортник М. А., Сенчук А. А., Хильмончик Н. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В настоящее время отмечается увеличение количества женщин с избыточной массой тела и страдающих сахарным диабетом, что говорит о несомненной актуальности данной проблемы у женщин репродуктивного возраста. Высокие значения концентрации глюкозы, избыточная масса тела отрицательно влияют не только на организм матери, но и на плод, что подтверждает важность своевременной диагностики и наблюдения женщин с данными нарушениями.

Ключевые слова: беременность, роды, ИМТ, избыточная масса тела**,** сахарный диабет.

Репозиторий ГрГМУ

INFLUENCE OF OBESITY ON PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

Bortnik M. A., Senchuk A. A., Khilmonchik N. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Summary. Currently, there is an increase in the number of women with overweight and diabetes mellitus, which indicates the undoubted urgency of this problem in women of reproductive age. High values of glucose concentration, overweight have a negative effect not only on the mother's body, but also on the fetus, which confirms the importance of timely diagnosis and observation of women with these disorders.

Key words: pregnancy, childbirth, BMI, overweight, diabetes mellitus.

Введение. Для изучения особенностей течения беременности и родов у женщин с избыточной массой тела и сахарным диабетом был проведен ретроспективный анализ историй родов женщин ГУЗ «ГОКПЦ» г. Гродно за 2015-2018 годы. У сорока беременных зарегистрирована избыточная масса тела и ожирение. Основной путь родоразрешения – операция кесарево сечения. Выявлено, что частота встречаемости крупного плода выше у женщин, имеющих избыточную массу тела.

Цель исследования. Изучить влияние избыточной массы тела на течение беременности и родов у женщин, страдающим нарушением углеводного обмена, функциональное состояние новорожденных.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 90 историй родов за 2015-2018 годы в ГОКПЦ г. Гродно в возрасте от 25 до 34 лет.

Все женщины были разделены на 4 группы после вычисления ИМТ. В первую группу вошли роженицы с ИМТ менее 18,5 – 3,3% женщины. Вторая группа – нормальное значение ИМТ – 37,7%. Третья группа – избыточная масса тела – 29%. Четвертая – женщины с ожирением – 30%.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы EXCEL.

Результаты исследования. Средний возраст женщин первой группы составил 27±2,1 лет, второй группы – 30,3 ± 3,5 лет, третьей группы – 32,5±2,1; четвертой группы – 33±1.

При изучении весовых показателей женщин было выявлено: в 1-ой группе средний весовой показатель составил 52,3, а средняя прибавка за беременность – 14,3±1,19; во 2-ой группе данные показатели составили 62,9, 11±0,73 соответственно; в 3-ей средний вес – 83 средняя прибавка – 11,25±1,15; в 4-ой группе средний вес составил 119, средняя прибавка – 10,88±1,98.

Среднее значение артериального давления женщин 1-ой группы при постановке на учет составило – 110/70, в родах – 120/80. Во 2-ой группе данные значения составили 115/75, 120/85 соответственно. В 3-ей среднее значение АД

Репозиторий ГрГМУ

при постановке на учет – 110/80, в родах – 125/85. В 4-ой группе 120/75, 130/80 соответственно.

Все роженицы в пределах своих групп были проанализированы по типам нарушения углеводного обмена. Данные о нарушениях приведены в диаграмме 1.

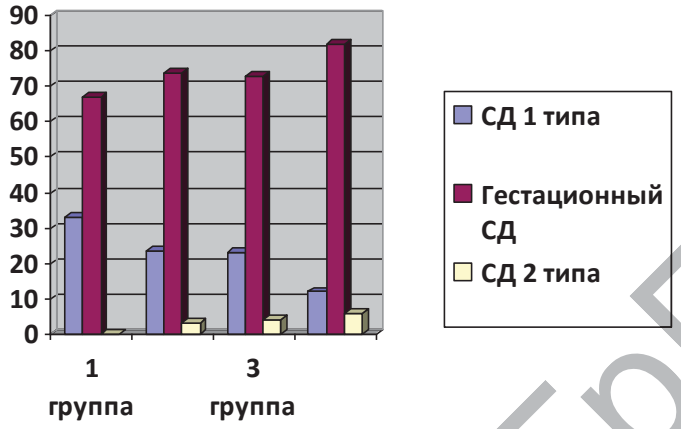


Диаграмма 1. – Распределение типов нарушения углеводного обмена

Из представленной диаграммы видно, что в первой группе заболеваемость сахарным диабетом, развившимся в результате беременности, составила 67%, а сахарным диабетом 1 типа 33%. Во второй группе 73,5% случаев встречается гестационный сахарный диабет, 23,5% – сахарный диабет 1 типа и 3% составил сахарный диабет 2 типа. В третьей группе заболеваемость гестационным сахарным диабетом (73%) значительно преобладает над остальными видами нарушения углеводного обмена, а именно сахарным диабетом 1 типа в 23% случаев и в 4% случаев 2 типа. В четвертой группе частота встречаемости сахарного диабета, обусловленного беременностью, составила 82%, сахарного диабета 1 типа – 12% и 5% – сахарного диабета 2 типа.

Анализ срока гестации на момент родов установил: в первой группе беременность завершилась срочными родами в 100% случаев в сроке гестации 265±10 дней; во второй – срочные роды в 91,2% в сроке гестации 268±8 дней; в 92,4% срочных родов 269±10 дней в третьей группе и 88,9% в четвертой в сроке гестации 270±12дней.

По способу родоразрешения женщины распределись следующим образом: в первой группе – 66% родов завершено операцией кесарево сечения; во второй – 32,4% родов завершилось через естественные родовые пути и 50% родов путем кесарева сечение, при чем, в 17,6% случаев выполнено оперативное вмешательство по экстренным показаниям; в третьей – 42,3% родов завершилось через естественные родовые пути, 15,4% родов путем кесарева сечения и в 32,4% случаев выполнено оперативное вмешательство по экстренным показаниям; в четвертой – 59,2% родов завершилось через естественные родовые пути и 7,5% родов операцией кесарево сечения, в 33,3% случаев выполнено оперативное вмешательство по экстренным показаниям.

Репозиторий ГрГМУ

При анализе состояния новорожденных по шкале Апгар в 1-й группе результат составил 8/8 баллов у 100%, во 2-ой у 47% новорожденных, в 3-ей 8/8 баллов у 69%, в 4-ой группе у 59% новорожденных.

Весовые показатели распределились следующим образом: в первой группе все новорожденные имели вес в диапазоне от 2900 до 3200 г; во второй 5% – дефицит массы тела (до 2900 г), 23% имели вес в диапазоне от 2900-3200 г, у 41% новорожденных весовой диапазон находился в пределах нормы (3201-3999 г) и 21% < 4000 г; в третьей по 8% новорожденных имели вес менее 2900 г и 2900 – 3200 г, 49% – нормального весового диапазона и 21% < 4000 г; в четвертой 19% новорожденных имели вес в пределах 2900-3200 г, 37% находились в весовом диапазоне 3201-3999 г и 44% < 4000 г.

Выводы:

1. У каждой второй беременной зарегистрирована избыточная масса тела и ожирение.
2. Выявлено, что женщины имеющие избыточную массу тела имеют более высокие значения АД на поздних сроках гестации.
3. За исследуемый период количество беременных страдающих нарушением углеводного обмена выросло на 15%.
4. Основной путь родоразрешения у исследуемой когорты – операция кесарево сечения.
5. Выявлено, что частота встречаемости крупного плода выше у женщин, имеющих избыточную массу тела.

Литература

1. Комшилова К. А., Беременность и ожирение / К. А. Комшилова [и др.] // ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва – Россия, 2010. – № 4 – С 9-10.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 ГОДУ

Валько Н. А., Хильмончик Н. Е., Конкин Д. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Несмотря на развитие медицинской науки на сегодняшний день сифилис до сих пор остаётся актуальной проблемой в дерматовенерологии. Для более глубинного понимания данной нозологии можно применить метод оценки медико-социального статуса пациентов.

Ключевые слова: сифилис, сифилитическая инфекция, половозрастной, состав.

Репозиторий ГрГМУ

MEDICAL AND SOCIAL STATUS OF SYPHILIS PATIENTS IN THE GRODNO REGION IN 2019

Valko N. A., Khilmonchik N. E., Konkin D. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Despite the development of medical science today syphilis still remains an urgent problem in dermatovenerology. For a deeper understanding of this nosology, we can use the method of assessing the medical and social status of patients.

Key word: syphilis, syphilitic infection, gender, age, composition.

Актуальность. С развитием научно-технического прогресса в многих отраслях медицины успели пройти коренные изменения в подходах к пониманию, диагностике, лечении и профилактике целого ряды как давно известных, так и сравнительно недавно выделенных заболеваний.

Тем не менее, до сих пор в каждой области медицины остаются актуальными давно известные науке нозологии. Так, в частности, в дерматовенерологии и сегодня одной из обычных во врачебной практике патологий остаётся сифилис. Несмотря на огромный накопленный исторический и научный опыт с данной инфекцией она всё равно остаётся не до конца искоренённой. С позиции методологии науки и общественного здравоохранения на то есть несколько причин, одна из которых – взаимосвязь эпидемиологии сифилитической инфекции с социальным положением как пациентов, так и лиц, находящихся в группе риска [1].

Цель. На основании исследования медицинской документации проанализировать медико-социальный статус пациентов. Болевших в 2019 году сифилисом.

Материалы и методы исследования. Исходным материалом исследования была учётная документация Государственного учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГУЗ «ГОККВД»). Отобранные клинические случаи сифилитической инфекции подвергались ретроспективному анализу с последующей статистической обработкой.

Результаты. В результате проведённого исследования было установлено, что всего в 2019 году на базе ГУЗ «ГОККВД» проходили лечение 26 больных сифилисом человек.

По половому составу в данной выборке преобладали мужчины – 16 человек (61,55%). Число пациентов женского пола составило, соответственно, 10 человек (38,46%).

В отношении места жительства 15 человек (57,69%) были из городской, и 11 (42,31%) – из сельской местности.

Репозиторий ГрГМУ

По половозрастному составу один пациент мужского пола был младше 18 лет (3,85%). Трое пациентов (11.54%): 2 мужчин, 1 женщина – находились в возрастной категории от 20 до 29 лет. В возрастных группах от 30 до 39 и от 50 до 59 лет было по 6 пациентов (23,08%). Однако если в группе от 50 до 59 лет половое соотношение было равным (3 мужчины и 3 женщины), то в группе от 30 до 39 лет было 4 мужчины и 2 женщины. Наибольшее количество пациентов – 8 человек (30,76%): 6 мужчин и 2 женщины – пришлось на возраст от 40 до 49 лет. Также было выявлено двое пациентов (7,69%) мужского пола старше 70 лет.

Анализируя полученную выборку по такому же принципу, но с учётом возрастной классификации ВОЗ, в группе молодых людей (от 18 до 44 лет) оказалось 15 пациентов (57,69%): 10 мужчин и 5 женщин. Группа среднего возраста (от 45 до 59 лет) составила 9 пациентов (34,61%): 4 мужчины и 5 женщин. В группах пожилого (от 60 до 74 лет) и старческого (от 75 до 89 лет) возраста, а также лиц до 18 лет было выявлено по одному пациенту мужского пола (3,85%).

В плане супружества среди всех пациентов 9 человек (34,62%) состояли в браке, а остальные 17 (63,38%) не имели семейных отношений.

В отношении профессиональной занятости 5 человек (19,23%) не были официально занятыми либо трудоустроенными, 4 пациента (15,38%) находились на пенсионном обеспечении, 1 пациент (3,85%) был студентом. Остальные 16 человек были официально занятыми и являлись представителями профессий, связанных как с физическим, так и с умственным трудом. Больше всего среди госпитализированных было разнорабочих – 3 человека (11,54%). Ещё было выявлено по 2 представителя (7,69%) таких профессий, как контролёр-кассир инженер. Прочие пациенты были единичными представителями (3,85%) следующих профессий: водитель, кладовщик, машинист, менеджер, младшая медсестра, продавец, прядильщик, слесарь, товаровед.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что на сегодняшний день сифилис наблюдается среди различных групп населения, выделяемых как половозрастному, так и по профессиональному признакам. Тем не менее, можно выделить такие особенности распространения сифилитической инфекции, как её преобладание среди населения молодого и среднего возраста (в соответствии с классификацией ВОЗ) и в особенности среди лиц от 40 до 49 лет. Также примечателен факт отсутствия трудовой занятости у некоторых пациентов, что может опосредованно сказываться на их финансовом, бытовом и общем социальном положении.

Все эти данные позволяет более детально рассмотреть некоторые особенности распространения сифилитической инфекции, для дальнейшего выстраивания общественным здравоохранением тактики по контролю и наблюдению за положением данной нозологии на территории как Гродненского региона, так и, возможно, всей Беларуси.

Репозиторий ГрГМУ

Литература
1. Скрипкин, Ю. К., Кубанова, А. А., Акимов, В. Г. Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 538 с.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАК ПРИЧИНА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА. ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Волынец М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Представлен сравнительный анализ влияния социальных и медицинских факторов на здоровье населения РБ. Показана связь между здоровьем населения, рождаемостью и как следствием демографическим кризисом РБ.

Ключевые слова: здоровье населения, демографический кризис, заболеваемость.

HEALTH PROBLEMS OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS AS THE CAUSE OF THE DEMOGRAPHIC CRISIS. WAYS TO SOLVE THEM

Volynets M. Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. A comparative analysis of the impact of social and medical factors on the health of the population of the Republic of Belarus is presented. The article shows the relationship between population health, birth rate and the demographic crisis of the Republic of Belarus as a consequence.

Key words: health of the population, demographic crisis, the incidence.

Об актуальности проблемы здоровья населения и ее влияния на демографические показатели свидетельствует то, что ВОЗ признает эту проблему как глобально влияющую на демографические показатели абсолютного большинства стран. Программой устойчивого развития общества, согласно ВОЗ и ООН, является создание условий для обеспечения высокого качества жизни и как следствие снижения ряда заболеваний среди населения стран. Главной составляющей качества жизни является здоровье, которое

Репозиторий ГрГМУ

обеспечивается рядом предпосылок. Актуальной проблемой является взаимосвязь между здоровьем населения и экологической безопасностью.

Для Беларуси проблема обеспечения здоровой окружающей среды для формирования здорового населения и для роста демографических показателей является особенно актуальной. Это связано с высоким уровнем загрязнения окружающей среды токсическими отходами и последствиями аварии на Чернобыльской АЭС.

Начало третьего тысячелетия характеризуется высоким ростом онкозаболеваний и заболеваний сердечнососудистой системы, высокой смертностью от данных заболевания и как следствием демографическим кризисом не только в Беларуси и странах СНГ, но и в том числе среди высокоразвитых стран.

Цель исследования: изучить негативное влияние окружающей среды, социальных факторов и ряда других причин на здоровье населения; выявить взаимосвязь между здоровьем населения и демографией; определить и обосновать пути решения проблемы, на основе выявленных закономерностей и современных выработанных стратегий.

Задачи исследования включают анализ статистических данных Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, Национального статического комитета Республики Беларусь, данных ВОЗ и ООН, изучение влияния отдельных факторов окружающей среды и социального развития на здоровье населения. Объектом исследования стала нормативная база Республики Беларусь, включающая статистические данные. В работе использованы структурно логический анализ, а также социальный и медико-статистический методы.

Установлено, что во многих нормативных актах отображено право населения на здоровье и здоровую окружающую среду. Однако есть ряд препятствий для реализации данного права, что существенно отражается на показателях здоровья населения и тем самым на демографических показателях.

Как показывают последние переписи населения и данные исследований, по демографическим процессам Беларусь в настоящий момент имеет все проблемы развитого, урбанизированного, стареющего, сокращающегося общества. Понятно, что в такой ситуации демографическая безопасность является приоритетным направлением социальной политики белорусского государства.

Рассмотрим некоторые основные факторы, влияющие на демографические показатели. Во-первых, рождаемость. В Беларуси отмечается снижение рождаемости, которое приводит к сокращению численности лиц молодого возраста за счет новорожденных. В 2019 году в Беларуси родился 87 851 ребенок. Это исторический минимум за период с 1945 года. В результате чего увеличивается доля лиц старших возрастных групп. Таким образом, население Беларуси продолжает стареть снизу, то есть рождаемость снижается, смертность в старших возрастных группах практически не уменьшается, продолжительность жизни не растет, оставаясь более низкой по сравнению с

Репозиторий ГрГМУ

экономически развитыми странами. Во-вторых, смертность. В Беларуси низкая младенческая и материнская смертность. Снижение уровня младенческой и материнской смертности стало возможным благодаря выстроенной государственной политике, стабильному бюджетному финансированию, приоритету службы охраны материнства и детства, обеспечению наблюдения во время беременности и родов (практически 100% родовспоможений проходит в организациях здравоохранения), созданной разноуровневой системы организации перинатальной помощи. Однако сохраняется высокая смертность среди трудоспособного взрослого населения. Одной из основных причин смертности является заболеваемость населения. С точки зрения ВОЗ, основная причина смертности белорусов – неинфекционные болезни (сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких) и во вторую очередь травматизм. В Беларуси очень хорошо лечат, выхаживают недоношенных детей, корректируются тяжелые патологии. Подходы к лечению продолжают совершенствовать. Но недостаточно развита профилактика заболеваний, и состояние окружающей среды желают лучшего.

По статистическим данным в 2019 году умерло 120917 человек, что на 864 больше по сравнению с предшествующим 2018 годом. Больше всего жизней уносят заболевания системы кровообращения, включающие инфаркты и инсульты. На втором месте – новообразования. Такое распределение соответствует общемировой статистике. В 2019 году от болезней системы кровообращения умерло 70680 человек, то есть 58,5% всех скончавшихся. Развитие сердечнососудистых заболеваний существенно зависит от стиля жизни – питания, вредных привычек, социального статуса и др. Так же влияние оказывает наследственность и окружающая среда. Смертность от новообразований в 2019 году составила 19 300 случаев, что составляет 15,9% от общей смертности. Развитие новообразований существенно зависит от загрязнений окружающей среды токсическими отходами и последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, а также от образа жизни. Отмечается ежегодный рост числа вновь выявленных случаев онкологических заболеваний. В 2019 году в Беларуси зафиксировано 49 930 новых случаев рака. Белорусы обоих полов, у которых диагностировали рак, чаще всего погибают от колоректального рака. За 10 лет заболеваемость онкологией в стране выросла на 15%, но смертность от нее снизилась на 1,8%, что говорит о качественно оказываемой медицинской помощи и раннем выявлении случаев заболеваемости онкологией.

В-третьих, в результате проведения исследований и изучения мнения населения было выявлено, что доминирующим фактором риска для здоровья, согласно самооценке людей, выступает стресс и чрезмерное нервное напряжение.

Подведем итог. Пути решения демографических проблем и улучшения состояния здоровья населения должны быть заложены в программы по реализации увеличения рождаемости, снижении и профилактике

Репозиторий ГрГМУ

заболеваемости населения страны. В программах по повышению рождаемости должно быть отображено внимание к вопросу коммуникации между медицинским сообществом и родителями. Для улучшения качества жизни и снижения заболеваемости необходимо, чтобы была повсеместная доступность информирования населения, не только городского, но и сельского, по вопросам здоровья. Информированность должна включать в себя пункты по рациональной профилактике: отказ от вредных привычек; снижение избыточного веса; увеличение физической активности; здоровое питание с достаточной долей овощей и фруктов; контроль артериального давления, уровня холестерина и сахара в крови; профилактику стрессов.

На данный момент в Республике Беларусь реализуется программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь" принятая на 2016-2020 гг, которая включает в себя разделы "Семья и детство", "Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний", "Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма" и др.

Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда. Все это отображено в правовых актах и в Конституции Республики Беларусь.

Решения проблем заложены в ряде документов и положениях не только Республики Беларусь, но и законопроектах и положениях ВОЗ, ООН. Так как данная проблема касается не только Республики Беларусь, но и всего мира. Право на здоровье согласно ООН отображено в «Замечание общего порядка о праве на здоровье», принятом в 2000 году. Согласно данному замечанию, существует четыре основных элемента права на здоровье: наличие, доступность, приемлемость, качество.

Но как бы не вкладывались в решение данной проблемы ВОЗ, государство и здравоохранение, если у населения не будет мотивации, то это будет сизифов труд. И демографическая ситуация не поменяется.

Поэтому будущее Беларуси зависит от каждого из нас.

Литература

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь, https://www.belstat.gov.by
2. Министерство здравоохранения Республики Беларусь, http://minzdrav.gov.by
3. Конституция Республики Беларусь, https://www.pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus/

Репозиторий ГрГМУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕЛИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гарелик Т. М.[1], Наумов И. А.[2]

Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Разработана эффективная модель вторичной профилактики рака шейки матки, что позволило своевременно провести мероприятия по прерыванию канцерогенеза.

Ключевые слова: рак шейки матки, вторичная профилактика, модель.

EFFICIENCY OF THE MODEL SECONDARY PREVENTION OF CERVICAL CANCER AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Harelik T. M.[1], Naumau I. A.[2]

Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[1]
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[2]

Summary. An effective model of cervical cancer secondary prevention model was developed. It timely allowed to take measures for carcinogenesis interruption.

Key words: cervical cancer, secondary prevention, model.

Одним из весьма распространенных заболеваний, существенно ухудшающих состояние репродуктивного здоровья, является рак шейки матки (далее – РШМ) [4], в предупреждении развития которого важная роль отводится мероприятиям по его вторичной профилактике, а в качестве основного их вида применяются скрининговые технологии [5].

Однако, несмотря на постоянное совершенствование, применяемые технологии все ещё не демонстрируют достаточной эффективности, так в последнее десятилетие уровни первичной заболеваемости РШМ в стране, составляющие 12,0-19,0 на 100 тыс. населения, не имеют тенденции к снижению. Причем, все чаще данного рода патологией поражаются женщины активного репродуктивного (20-39 лет) возраста [1]. Это определяет необходимость дальнейшего совершенствования профилактических мер.

Цель исследования: разработать медико-организационную модель вторичной профилактики РШМ и оценить ее эффективность.

Материал и методы. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Репозиторий ГрГМУ

«Оценка состояния репродуктивного здоровья женщин, проживающих в г. Гродно и Гродненской области, на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» (срок выполнения: 2018-2020 гг.; № гос. регистрации 20180469 от 25.04.2018 г.).

Показатели заболеваемости РШМ и дисплазиями шейки матки среди женщин репродуктивного возраста, проживавших в 2010-2019 гг.в Гродненской области, были рассчитаны на основе выкопировки данных из карт амбулаторных больных (ф №25/у), историй болезни (ф №003/у-07), извещений о впервые установленных случаях злокачественных новообразований (ф № 090/у-16), протоколов на случай выявления формы злокачественного новообразования в III стадии визуальных локализаций и (или) в IV стадии всех локализаций (ф №027-2/у-13). В исследовании также использованы данные канцер-регистра учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» (ГУК). В оценке стадий РШМ использована Международная классификация TNM (6-ое издание, 2002) и FIGO (1994).

Уровень качества медицинской помощи (далее – УКМП) был оценен на основе изучения качества профилактики, диагностики, лечения и реабилитации женщин репродуктивного возраста, страдавших РШМ и дисплазиями шейки матки.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы «STATISTICA 10.0».

Результаты и их обсуждение. На основе итоговой оценки УКМП женщинам репродуктивного возраста, страдавшим РШМ и дисплазиями шейки матки, установлено, что в организациях здравоохранения Гродненской области уровня оказания первичной медицинской помощи имелись существенные резервы по совершенствованию скрининга данного рода патологии.

Наиболее типичными отрицательными отклонениями были: недостаточная информированность женщин о необходимости регулярного прохождения профилактических осмотров, что выразилось в длительном (более 1 года) отсутствии диспансерного наблюдения (59,8% случаев); недостаточный объем и качество диагностических мероприятий (57,7%); неполный сбор анамнеза (43,3%); нечеткое знание персоналом отраслевых стандартов (42,3%); несвоевременность направления на областной уровень при наличии показаний (40,2%); несвоевременность госпитализации при наличии показаний (29,9%). При этом в структуре впервые выявленных неинвазивных и инвазивных форм РШМ процентная доля пациенток с запущенными формами (III-IV стадии) достигала 8,1%, а удельный вес женщин репродуктивного возраста среди заболевших составлял от 39,6% до 42,2%.

Полученные результаты позволили нам в форме организационно-системных связей сформировать медико-организационная модель вторичной профилактики РШМ среди женщин репродуктивного возраста. Эта модель основана на реализации государственной политики в здравоохранении, опирается на общепризнанную методическую базу повышения эффективности

Репозиторий ГрГМУ

системы охраны здоровья как управление качеством медицинской помощи, а приоритетами ее построения стали определенные экспертами Всемирной организации здравоохранения индикаторы: не менее чем 70%-й охват скринингом целевой группы; наличие соответствующего технического оснащения организаций здравоохранения для проведения диагностики; высокий уровень квалификации персонала акушерско-гинекологической службы; систематическое информирование медицинским персоналом женщин репродуктивного возраста о необходимости регулярного прохождения гинекологических профилактических осмотров [3].

Разработанные алгоритмированные организационные мероприятия, в которых нашли отражение классические неотъемлемые составляющие показатели качества медицинской помощи (триада Донабедиана), были в 2017 г. в форме методического информационного письма направлены в адрес главных врачей территориальных организаций здравоохранения для внедрения.

Исходя из известных особенностей патогенеза РШМ и общепризнанных методологических подходов к проблеме, направленных на повышение чувствительности, специфичности и предсказуемости значений положительного и отрицательного тестов [2], основным элементом первого (базового) уровня стало внедрение в организациях здравоохранения уровня первичной медицинской помощи метода жидкостной цитологии с последующей оценкой полученных препаратов согласно терминологической системе Бетесды, а также определение организационной тактики ведения женщин с выявленной патологией шейки матки в зависимости от установленного диагноза. Было также организовано обучение врачей акушеров-гинекологов новому методу забора цитологического материала и обеспечены технические возможности проведения скрининга. Кроме того, было налажено активное санитарное просвещение женщин о необходимости проведения именно жидкостного цитологического исследования.

На втором этапе модели были усовершенствованы организационные мероприятия по диспансеризации выявленной патологии в специализированных кабинетах по патологии шейки матки женских консультаций. Они включали организацию кольпоскопического обследования женщин, страдавших дисплазиями шейки матки I степени и их обследование на носительство вируча папилломы человека с определением вирусной нагрузки, выполнение по клиническим показаниям прицельной биопсии и (или) выскабливания слизистой оболочки цервикального канала с последующим гистологическим исследованием, а также направление на консультацию и лечение в онкологическое отделение №3 Гродненской университетской клиник при выявлении дисплазий II-III степени.

На третьем этапа модели осуществлялся углубленный осмотр женщин, страдавших дисплазиями шейки матки II-III степени в онкологическом отделении №3 Гродненской университетской клиники с выдачей рекомендаций врачам уровня оказания первичной медицинской помощи по дальнейшему ведению заболевших. Кроме того, по клиническим показаниям выполнялись операции лечебно-диагностической конусовидной эксцизии шейки матки с

Репозиторий ГрГМУ

последующим гистологическим исследованием и выдачей необходимых рекомендаций врачам акушерам-гинекологам.

Внедрение медико-организационной модели в организациях здравоохранения уровня первичной медицинской помощи г. Гродно позволило достичь существенного улучшения диагностики диспластических процессов шейки матки среди женщин репродуктивного возраста, а, значит, путем последующей их диспансеризации прервать процесс канцерогенеза. Так, в 2015-2019 гг. в сравнении с 2010-2014 гг. в г. Гродно зарегистрирован рост выявлемости дисплазий: с 59,72±2,93 до 69,97±2,42 на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста ($p<0,05$); эффективность же их диспансеризации выросла в 1,3 раза и достигла 74,56±2,39% ($p<0,05$). Кроме того, установлен факт улучшения ранней диагностики и неинвазивных форм РШМ: в 2015-2019 гг. в сравнении с предыдущим пятилетием средний показатель первичной заболеваемости РШМ in situ вырос более чем на 25% и достиг 19,91±2,28 на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста ($p<0,05$).

Вывод. Разработка и внедрение разработанной медико-организационной модели вторичной профилактики РШМ позволяет повысить УКМП женщинам репродуктивного возраста.

Литература

1. Рак шейки матки в Республике Беларусь. Эпидемиология и состояние онкологической помощи / А. Е. Океанов [и др.] // Онкологический журнал. – 2013. – Т. 7(4). – С. 20-27.
2. Роль профилактических осмотров и первичного приема врача в женской консультации в выявлении субклинических и латентных форм папилломавирусной инфекции шейки матки и их мониторинг / А. Г. Кедрова [и др.] // Гинекология. – 2012. – Т. 14(1). – С. 56-62.
3. Холланд, В. Скрининг в Европе / В. Холланд, С. Стюарт, К. Массеря // Онкологический журнал. – 2012. – Т. 6(1). – С. 5-14.
4. Cervical cancer: a global health crisis / W. Jr. Small [et al.] // *Cancer*. – 2017. – Vol. 123(13). – P. 2404-2412.
5. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice / 2-nd ed. – WHO: Geneva; 2014. – 393 p.

ПРОБЛЕМА АЛЛОСТАЗА И СТРЕССА

Глуткин С. В., Зинчук В. В., Гуляй И. Э., Игнатович А. А., Машкова А. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Обсуждаются процессы аллостаза и стресса. Описываются механизмы дезадаптации в виде аллостатической нагрузки и перегрузки. Представленная информация отражает многофакторность процессов в реализации стресса, что важно в понимании сохранения здоровья.

Ключевые слова: стресс, аллостаз, биомаркеры.

Репозиторий ГрГМУ

THE PROBLEM OF ALLOSTASIS AND STRESS

Hlutkin S. V., Zinchuk V. V., Hulyay I. E., Ignatovich A. A., Mashkova A. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The processes of allostasis and stress are discussed Mechanisms of disadaptation in the form of allostatic load and overload are described. The information presented reflects the multi-factorial processes in the implementation of stress, which is important in understanding the preservation of health.

Key words: stress, allostasis, biomarkers.

В повседневной жизни организм постоянно сталкивается со стрессовыми факторами, которые действуют остро или хронически. Стресс – это «синдром, вызываемый различными повреждающими агентами» [Selye, 1956]. Это состояние предполагает включение ряда специфических и неспецифических реакций организма на действие фактора внешней или внутренней среды, направленных на адаптацию и защиту человека в данных условиях. В обеспечении стресс-реализующих и стресс-лимитирующих механизмов задействованы многие системы организма, что в большинстве случаев затрудняет изучение влияние стресса на отдельные ткани, органы. Для детального понимания и осмысления изменений, происходящих в организме человека на действия стресса, и причин его возникновения, исследуют аллостаз [1]. Понятие «аллостаз» было предложено Sterling P. и Eyer J. [4] и характеризуется как активный физиологический процесс, с помощью которого организм отвечает на ежедневное действие физических, психосоциальных и других факторов среды, и обеспечивает его адаптацию и физиологическую стабильность [1; 2]. Аллостаз и гомеостаз – близкие понятия, но отличаются друг от друга. Гомеостаз формирует постоянство внутренней среды организма через гомеостатическую регуляцию [Cannon, 1932]. Гомеостаз ограничивает изменения, поддерживая стабильность параметров, необходимые для жизни (температура тела, pH и напряжение кислорода), а аллостаз вызывает изменения, необходимые для адаптации. Аллостаз – «сохранение стабильности через изменения» [4], приспосабливает протекание физиологических процессов в условиях стрессовых воздействий и, в данном случае, нет необходимости восстанавливать данные процессы до уровня дострессового периода [1].

Первичными медиаторами аллостаза являются гормоны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, катехоламины и цитокины. Отвечает организм и активацией нервных клеток мозга с высвобождением нейротрансмиттеров [2]. В ответ на висцеральные и сенсорные раздражители мозг и центральная вегетативная нервная система активизирует ГГН ось, а она усиливает синтез кортизола. Кортизол обеспечивает двухфазную реакцию на стрессовое воздействие через быстрый и медленный эффект [1].

Репозиторий ГрГМУ

Быстрое действие кортизола наступает в течение миллисекунд и связано с выбросом катехоламинов и нейропептидов (норадреналин, серотонин, дофамин, кортиколибирин), которые приводят к повышению бдительности, настороженности, возбуждения и внимания. Данный эффект кортизола изучен недостаточно, как предполагается, связан с влиянием на рецепторы минералокортикоидов в головном мозге, что приводит к конформационным изменениям и повторным взаимодействием с другими белками (белки теплового шока). Медленный эффект кортизола начинается через 1-2 часа после внешнего воздействия. Кортизол связывается с минералокортикоидными и глюкокортикоидными рецепторами в головном мозге, что приводит к изменениям в транскрипции генов и, следовательно, к экспрессии белков, которые влияют на функцию нейронов. Данный эффект может приводить к изменениям клеточного метаболизма, структуры и синаптической передачи, что обусловлено измененной экспрессией 70-100 генов посредством активации минералокортикоидных и глюкокортикоидных рецепторов в гиппокампе. ГГН ось контролирует большое количество поведенческих и физиологических реакций. Данная ось при участии центральной нервной системы реагирует на физический или эмоциональный стресс выбросом глюкокортикоидов, что стимулирует физические реакции. Распространенным поведенческим паттерном, регулируемым ГГН системой, является реакция «бей или беги», которая обеспечивает существование человека в обычных и экстремальных условиях среды [1].

В результате кумулятивного эффекта первичных медиаторов аллостаза усиливается проявление вторичных факторов (метаболических (увеличение уровней глюкозы, инсулина, общего холестерола, липопротеидов высокой плотности, триглициридов), сердечно-сосудистых (повышение систолического и диастолического артериального давлений), иммунных (увеличение содержания фибриногена, концентрации С-реактивного белка)), достигающих субклинического уровня [5]. Данные изменения приводят к развитию аллостатической нагрузки (АН), состояния дезадаптации в целом ряде физиологических регуляторных систем. В отличие от аллостаза, при АН нет нормального возврата к исходному уровню после снятия стрессора [1]. Формированию АН, по мнению McEwen B.S., способствуют четыре реакции реагирования в ответ на экологические проблемы: повторяющиеся повреждающиеся воздействия; невозможность организма к адаптации на стрессовые воздействия; высокий уровень активности физиологических процессов в условиях недостаточного их восстановления; ослабление первичных механизмов адаптации в реализации снижения активации компенсаторных механизмов. В дальнейшем АН нарастает и приводит к аллостатической перегрузке, усилению физиологической дисрегуляции, способствую развитию болезней и летальному исходу. Аллостатическая перегрузка 1 типа возникает, когда расход и потребности в энергии превышают ее поступление из вне и запасов организма. Аллостатическая перегрузка 2 типа происходит, если потребности в энергии не превышены, но организм

Репозиторий ГрГМУ

продолжает поглощать или хранить столько или даже больше энергии, чем ему необходимо [2]. АН описывает износ организма от стресса и неэффективного аллостаза. McEwen B.S. указывает, что к длительному стрессу и АН приводят факторы макросистемы (образование, доход, этническая принадлежность), экзосистемы (скученность, шум, нехватка жилья), микросистемы (стрессоры из семьи, работы), а также стрессоры, исходящие от самого человека, его личности и генетики.

Для определения кумулятивного воздействия психосоциальных факторов на здоровье человека используют измерение индекса АН. Изначально индекс АН включал 10 биомаркеров из нейроэндокринной (кортизол, адреналин, норадреналин и дегидроэпиандростерон-сульфат), метаболической (общий холестерин, липопротеиды высокой плотности, гликозилированный гемоглобин, соотношение талия-бёдра) и сердечно-сосудистой (систолическое и диастолическое артериальное давление) систем [3]. К настоящему времени установлены и используются другие биомаркеры (инсулиноподобный фактор роста 1, иммуноглобулины, фибриноген, частота сердечных сокращений, индекс массы тела, пик выдоха и другие). Получены данные об ассоциации аллостаза, стресса и АН с изменением длины концевых участков хромосом [1]. Анализ индекса позволяет выявить ранние проявления АН и аллостатической перегрузки. Однако в меньшей степени врачи уделяют внимание установлению доклинических значений биомаркеров и, особенно, в сочетании с другими факторами (психосоциальными, генотипами и фенотипами). В дальнейшем это поможет своевременно спрогнозировать развитие болезней или предотвратить формирование сопутствующих заболеваний и осложнений (рисунок 1) [5].

Таким образом, необходимо понимание изолированных эффектов стресса на организм в разрезе аллостаза, его позитивных и негативных влияний, включения адаптационных механизмов при данных условиях, что в совокупности определяет интерес фундаментальной и клинической науки.



Рисунок 1. – Направления, связывающие здоровье и аллостатическую нагрузку [5]

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Cool J., Zappetti D. The Physiology of Stress. In: Zappetti D., Avery J. (eds) Medical Student Well-Being. Springer, Cham. – 2019 – P. 1-16.
2. McEwen B.S., Karatsoreos I.N. What Is Stress? In: Choukèr A. (eds) Stress Challenges and Immunity in Space. Springer, Cham. – 2020. – P. 19-42.
3. Seeman, T.E. Price of adaptation—allostatic load and its health consequences: Macarthur studies of uccessful aging / T.E. Seeman [et al.] // Arch. Intern. Med. – 1997. – № 157. – P. 2259-2268.
4. Sterling P., Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J (eds) Handbook of life stress, cognition and health. John Wiley & Sons, New York, NY. – 1988. – P. 629-649
5. Suvarna, B. Health risk behaviours and allostatic load: A systematic review / B. Suvarna [et al.] // Neurosci Biobehav Rev. –2020. – № 108. – P. 694-711.

L-АРГИНИН-NO СИСТЕМА И САРКОИДОЗ

Глуткина Н. В.[1], Велисейчик А. А.[1], Зинчук Вл. В.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Саркоидоз характеризуется гранулематозным воспалением дыхательных путей. В работе представлен анализ публикаций и собственные данные о взаимосвязи монооксида азота и саркаидоза. Особенности функционирования L-аргинин-NO системы гена необходимо учитывать при оценке клинического статуса пациентов с саркоидозом.

Ключевые слова: монооксид азота, саркаидоз, эндотелий.

L-ARGININE-NO SYSTEM AND SARCOIDOS

Hlutkina N. V [1], Veliseychik A. A.[1], Zinchuk Vl. V.[2]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Hrodna University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. Sarcoidosis is characterized by granulomatous inflammation of the respiratory tract. The paper presents an analysis of publications and its own data on the relationship of nitrogen monoxide and sarcoidosis. The functioning of The l-arginine-NO gene system should be taken into account when evaluating the clinical status of patients with sarcoidosis.

Key words: nitrogen monoxide, sarcoidosis, endothelium.

Эндотелий обеспечивает регуляцию тонуса гладких мышц сосудов, поддержание нормальной структуры сосудистой стенки (рост ее клеток, формирование внеклеточного матрикса, взаимодействие между эндотелием и

Репозиторий ГрГМУ

клетками крови, регуляцию хемотаксических, пролиферативных, воспалительных, репаративных процессов в ответ на локальное повреждение. Данные функции эндотелий осуществляет с помощью вырабатываемых и выделяемых биологически активных соединений, среди которых ведущую роль играет монооксид азота (NO), который образуется из аминокислоты L-аргинина и молекулы O_2 под действием фермента NO-синтазы в присутствии НАДФН, кальмодулина и других кофакторов (L-аргинин-NO-система).

Монооксид азота является потенциально важным иммуномодулятором, угнетающим высвобождение ряда ключевых провоспалительных цитокинов. В связи со сложной природой участия NO в обеспечении различных функций организма должны существовать эффективные механизмы регуляции его уровня и при саркоидозе. Поскольку саркоидоз характеризуется гранулематозным воспалением дыхательных путей, логично предположить, что уровень фракционного выдыхаемого NO может меняться [Визель И. Ю. и др., 2013].

По данным Kalkanis A., Judson M. A. [2013] измерение монооксида азота в выдыхаемом воздухе может быть информативным при проведении дифференциальной диагностики саркоидоза и бронхиальной астмы. В другом исследовании показан, что воспаление дыхательных путей при саркоидозе не сопровождается избыточным образованием NO [O'Donnell D. M. et al., 1997]. Установлена слабая корреляция между концентрацией NO и диффузионной способностью газов в легких, измеренной методом единичного вдоха, но уровень монооксида азота выдыхаемого воздуха у пациентов саркоидозом немного повышен, его концентрация не зависит от лучевых стадий, активности или прогрессирования болезни. Содержание выдыхаемого монооксида азота варьирует от 2,4 до 21,8 ppb и не имеет достоверных отличий от данных здоровых людей и не зависит от протяженности поражения или степени нарушений функции внешнего дыхания [Wilsher M. L. et al., 2005]. Анализ ряда публикаций, посвященных исследованию уровня фракционного выдыхаемого монооксида азота при саркоидозе, указывает на неинформативность его измерения при этом гранулематозе, но в тоже время другие исследователи выявили зависимость от тяжести течения и применения стероидов [Визель И. Ю. и др., 2013]. Существует ряд публикаций, которые свидетельствуют целесообразности измерения фракционного выдыхаемого монооксида азота при саркоидозе.

Концентрация монооксида азота в выдыхаемом воздухе у впервые выявленных пациентов с саркоидозом была повышена (9,8±0,4 в сравнении с 4,1±0,2 ppb у 21 в контроле, $p<0,001$) и достоверно снижалась через 6 недель лечения системными глюкокортикостероидами до 5,9±1,4 ppb ($p<0,01$). Иммуногистохимически показано повышение активности индуцибельной NO-синтазы в респираторном эпителии и гранулемах пациентов с саркоидозом. Повышение активности L-аргинина-NO системы при активном саркоидозе может быть следствием роста активности данной изоформы монооксида азота, что подтверждено падением концентрации монооксида азота после лечения системными глюкокортикостероидами и отражает ингибирование

Репозиторий ГрГМУ

индуцибельной синтазы монооксида азота. Продемонстрировано наличие корреляции между фракционным выдыхаемым монооксидом азота и моноцитарным хемоаттрактантным белком, фактором некроза опухоли-α и интерфероном-α.

Исследование монооксида азота выдыхаемого воздуха у пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (саркоидоз, идиопатический фиброзирующий альвеолит, поражения легких при болезнях соединительной ткани, криптогенная организующейся пневмония, респираторный бронхиолит с интерстициальной болезнью) выявило, корреляцию содержания монооксида азота с функцией внешнего дыхания и жидкостью бронхоальвеолярного лаважа. При саркоидазе выявлена достоверная обратная корреляция между фракционным выдыхаемым монооксидом азота и количеством тромбоцитов ($r = -0,75$; $p<0,01$) и прямая корреляция с концентрацией общего кальция в крови ($r = 0,63$; $p<0,05$) [Визель И. Ю. и др., 2013]. При этом более высокие значения фракционного выдыхаемого монооксида азота были при менее благоприятных значениях этих двух показателей (обратная корреляция с количеством тромбоцитов и прямая – с уровнем кальция).

В нашем исследовании установлено, что распределение частот аллелей и генотипов полиморфных вариантов G894T гена эндотелиальной NO-синтазы в исследуемой популяции сопоставимы с данными других регионов [Глуткина Н. В., 2020]. Особенности полиморфизмов указанного гена необходимо учитывать при оценке клинического статуса данного контингента и аэробных возможностей. Кроме того, следует обозначить важным определения содержания метаболитов NO в крови при этой патологии. Выявление определенных взаимосвязей между состоянием L-аргинин-NO системы и течением саркоидоза дает надежду на то, что последующие расширенные исследования позволят получить более убедительные результаты в этом аспекте.

Таким образом, представленный анализ собственных и литературных исследований позволяет заключить, что целесообразным дальнейшее изучение состояния функционирования L-аргинин-NO системы при саркоидозе.

Литература

1. Визель И. Ю., Визель А. А., Шаймуратов Р. И. Фракция оксида азота в выдыхаемом воздухе у больных саркоидозом: от данных литературы к пилотному исследованию // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. – 2013. – № 21. – С. 4-7.
2. Глуткина Н. В., Зинчук Вл. В. Распределение частот аллелей и генотиповполиморфных вариантов G894T гена эндотелиальной синтазы оксида азота у пациентов с саркоидозом бека // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященный 80-летию со дня рождения профессора Болтрукевича Станислава Ивановича, май 2020г. [Электронный ресурс] / [редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2020. – С. 123-124.
3. Kalkanis A., Judson M. A. Distinguishing asthma from sarcoidosis: an approach to a problem that is not always solvable // J. Asthma. – 2013. – Vol. 50, № 1. – P. 1-6.

Репозиторий ГрГМУ

4. O'Donnell D. M., Moynihan J., Finlay G. A. et al. Exhaled nitric oxide and bronchoalveolar lavage nitrite/nitrate in active pulmonary sarcoidosis // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1997. – Vol. 156, № 6. – P. 1892-1896.
5. Wilsher M. L., Fergusson W., Milne D., Wells A. U. Exhaled nitric oxide in sarcoidosis // Thorax. – 2005. – Vol. 60, № 11. – P. 967-970.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гутько А. Г., Некрашевич А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В данной статье рассматриваются особенности телемедицинского консультирования учреждений здравоохранения Гродненской области.

Ключевые слова: телемедицинское консультирование, учреждения здравоохранения, количество, город, район.

FEATURES OF TELEMEDICINE CONSULTING IN HEALTHCARE INSTITUTIONS OF THE GRODNO REGION

Gutko A. G., Nekrashevich A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. This article discusses the features of telemedicine counseling of health care institutions in the Grodno region.

Key words: telemedicine counseling, health care institutions, number, city, district.

Актуальность. В последнее время в практической медицине широко стало использоваться телемедицинское консультирование (ТМК) (1, 2).

Цель. Проанализировать особенности телемедицинского консультирования в учреждениях здравоохранения Гродненской области.

Материалы и методы исследования. По данным Республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского электронного консультирования (РТМС), разработанной в рамках мероприятия «Обеспечение развития автоматизированной республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского консультирования», подпрограммы «Электронное здравоохранение», по состоянию на 19.12.2019**,** в учреждения

Репозиторий ГрГМУ

здравоохранения Гродненской области было направлено 7679 запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС) (Таблица 1, 2):

Таблица 1. Направлено запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС)

Наименование организации	По состоянию на 19.12.2019	Из них со статусом «Требует дополнение»
Берестовицкий район		
УЗ «Берестовицкая ЦРБ»	74	0
г. Волковыск и Волковысский район		
УЗ «Волковысская ЦРБ»	371	0
УЗ «Областной детский реабилитационный центр «Волковыск»»	0	0
г. п. Вороново и Вороновский район		
УЗ «Вороновская ЦРБ»	211	0
Гродненский район		
Филиал «Областная туберкулезная больница «Бояры»	21	0
г. п. Дятлово и Дятловский район		
УЗ «Дятловская ЦРБ»	206	1
г. п. Зельва и Зельвенский район		
УЗ «Зельвенская ЦРБ»	770	1
г. п. Ивье и Ивьевский район		
УЗ «Ивьевская ЦРБ»	487	3
г. п. Кореличи и Кореличский район		
УЗ «Кореличская ЦРБ»	231	1
г. Лида и Лидский район		
УЗ «Лидская ЦРБ»	1899	6
УЗ «Областная психоневрологическая больница «Островля»»	79	0
г. п. Мосты и Мостовский район		
УЗ «Мостовская ЦРБ»	792	0
г. Новогрудок и Новогрудский район		
УЗ «Новогрудская ЦРБ»	350	0
г. Островец и Островецкий район		
УЗ «Островецкая ЦРБ»	233	1
г. Ошмяны и Ошмянский район		
УЗ «Ошмянская ЦРБ»	1207	1
г.п. Свислочь и Свислочский район		
УЗ «Свислочская ЦРБ»	452	0
г. Слоним и Слонимский район		
УЗ «Слонимская ЦРБ»	125	0
УЗ «Сморгонская ЦРБ»	136	2
г. Щучин и Щучинский район		
УЗ «Щучинская ЦРБ»	35	0

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 2. Направлено запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС)

Наименование организации	По состоянию на 19.12.2019	Из них со статусом «Требует дополнение»
г. п. Берестовица и Берестовицкий район	74	0
г. Волковыск и Волковысский район	371	0
г. п. Вороново и Вороновский район	211	0
Гродненский район	21	0
г. п. Дятлово и Дятловский район	206	1
г. п. Зельва и Зельвенский район	770	1
г. п. Ивье и Ивьевский район	487	3
г. п. Кореличи и Кореличский район	231	1
г. Лида и Лидский район	1978	6
г. п. Мосты и Мостовский район	792	0
г. Новогрудок и Новогрудский район	350	0
г. Островец и Островецкий район	233	1
г. Ошмяны и Ошмянский район	1207	1
г. Свислочь и Свислочский район	452	0
г. Слоним и Слонимский район	125	0
г. Сморгонь и Сморгоньский район	136	2
г. Щучин и Щучинский район	35	0



Диаграмма 1. – Направлено запросов на консультирование (с момента подключения к РТМС)

Результаты и обсуждение. Проанализировав статистические данные РТМС, с моменте подключения Республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского электронного консультирования, было выявлено, что наибольшее количество запросов на ТМК было направлено в г. Лиду и Лидский район, в г. Ошмяны и Ошмянский район и в г. п. Мосты и Мостовский район (1899;1207; 792 – соответственно, количество направленных запросов на консультирование).

Репозиторий ГрГМУ

В, свою очередь, от общего количества запросов на консультацию (7679), выявлены лишь 16 случаев (0,2%) со статусом «Требует дополнение», что, возможно, связано с соблюдением всех требований и правил проведения ТМК.

Выводы. Учреждения здравоохранения активно пользуются услугами телемедицинских технологий, что, в первую очередь, связано с удобством консультирования на рабочем месте и деонтологическими аспектами: соблюдением конфиденциальности и анонимности

Литература

1. http://belcmt.by/ru/activity-of-the-center/informatizacija-zdravoohranenija/statistics RTMS.
2. Владзимирский, А. В. Применение телемедицинских технологий в кардиологии: учебное пособие / А. В. Владзимирский, С. П. Морозов, И. А. Урванцев, Л. В. Коваленко, А. С. Воробьев; Сургут. Гос. Ун-т. Сургут: Изд-во СурГУ, 2019. – 115 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Епифанова А. К.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В настоящей статье представлена медико-социальная характеристика женщин позднего репродуктивного возраста (35-49 лет). По результатам анкетирования проанализирован социальный портрет беременной данной возрастной категории, изучены особенности питания, репродуктивного поведения и самооценка здоровья.

Ключевые слова: самооценка здоровья, поздний репродуктивный возраст, репродуктивное поведение.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF LATE REPRODUCTIVE PREGNANT WOMEN

Yepifanava H. K.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. This article presents the medical and social characteristics of women of late reproductive age (35-49 years old). Based on the results of the questionnaire, a social portrait of a pregnant woman of this age category is analyzed, the characteristics of nutrition, reproductive behavior and self-evaluation of health are studied.

Key words: self-evaluation of health, reproductive behavior, late reproductive age.

Репозиторий ГрГМУ

У женщин старшего репродуктивного возраста даже при сохранённом ритме менструаций способность к зачатию страдает потому, что качество ооцитов, как и рецепторная способность эндометрия, постепенно снижается. Более того, с увеличением возраста прирастает и «груз» хронических заболеваний, что напрямую влияет не только на качество жизни, но и на тонкую гормональную регуляцию активности репродуктивной системы, в том числе на возможность наступления и течение беременности. Уровень гинекологической заболеваемости с возрастом также увеличивается, у каждой третьей женщины регистрируют ту или иную болезнь репродуктивной системы [3].

Большинство авторов рассматривают поздний возраст женщины как самостоятельный фактор риска осложнений беременности, родов и послеродового периода, заранее относя такую беременность к проблемной. Для данной возрастной категории женщин характерен высокий уровень образования и достатка по сравнению с более молодыми, что позволяет им в большинстве случаев сознательно планировать беременность. Среди прочих причин поздней беременности также немаловажны изменение семейного положения и неприятие прерывания по морально-этическим соображениям. Пациентки старшего репродуктивного возраста в большей степени удовлетворены своей жизнью, чем более молодые. Вследствие этого они менее предрасположены к неврозам и в большей степени уверенны в своей эмоциональной связи с будущим ребенком вне зависимости от предстоящего метода родоразрешения [4].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные репродуктивному здоровью женщин позднего репродуктивного возраста, вопросы медико-социальных факторов риска отражены недостаточно, что препятствует разработке соответствующих планов по профилактике нарушений репродуктивного здоровья у таких женщин [1, 2].

Цель исследования: по данным опроса беременных определить медико-социальные характеристики женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Материалами исследования являлись данные опросов выборочной совокупности беременных женщин в возрасте 18-45 лет, госпитализированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (преимущественно центральных районных больниц) всех областей Республики Беларусь в 2 этапа: июнь-июль 2016 г. (участвовало 472 человека) и июнь-июль 2017 г. (650 человек). На обоих этапах проведения опроса выборочные совокупности по территориальному распределению отвечали параметрам репрезентативности для Республики Беларусь. Критерий включения – беременность; критерий исключения — отказ женщины от опроса.

Для статистической обработки данных использована программа «Statistica 10,0». Для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками использовали критерий хи-квадрат (χ^2), для выявления взаимосвязи между изучаемыми факторами применялись корреляционный анализ с расчётом коэффициента корреляции Спирмена (r), результат считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение. Удельный вес изучаемых беременных женщин позднего репродуктивного возраста в возрасте 35-45 лет составил 10,8% (122 женщины) от общего количества женщин (1122 беременные).

Большая часть интервьюированных женщин (79,5%) на момент обследования состояли в браке, никогда не состояли в браке и были разведены, соответственно, 11,5% и 8,2% женщин, 0,8% респонденток были вдовами (χ^2=233 при p<0,01). Следует отметить, что среди замужних женщин 53,3% состояли в первом браке, 26,2% – во втором.

По социальному положению опрошенные в большинстве случаев были представлены служащими (25,4% респонденток) и рабочими государственного предприятия (23,8% респонденток), к категории работник сельского хозяйства принадлежало 14,7% женщин, к категории работник сферы обслуживания или торговли – 11,5% женщин. Около 10% беременных принадлежало к категории частный предприниматель. При этом отметили наличие контакта с профессиональной вредностью 18,6% беременных женщин.

Среди опрошенных нами респонденток первобеременных было 13,9%, повторнобеременных – 86,1% женщин.

Известно, что субъективная оценка своего здоровья может рассматриваться как один из показателей, отражающий объективный соматический статус. Изучение состояния здоровья беременных женщин позднего репродуктивного возраста на основе их субъективного восприятия позволило выяснить, что большинство (63,8%) опрошенных оценили его как «удовлетворительное», всего 18,1% – как «хорошее» и 18,1% – как «плохое». Согласно полученным данным «удовлетворительное» состояние здоровья преобладает, как в изучаемой возрастной категории женщин, так и в остальных категориях. Среднее значение самооценки состояния здоровья составило 6,9 баллов (7,2 балла в остальных возрастных категориях).

По данным нашего исследования у 54,9% женщин позднего репродуктивного возраста беременность протекала с осложнениями, лишь 36,1% – проходили прегравидарную подготовку (χ^2=128 при p<0,01), 44,5% беременных посещали школу материнства во время беременности и 76,3% – выполняли рекомендации врача во время беременности (χ^2=81 при p<0,05). По результатам анкетирования 27,1% женщин старшего репродуктивного возраста имели гинекологическую патологию в анамнезе.

Среди опрошенных лишь 50,8% женщин соблюдали рациональный режим питания и у 44,3% респонденток с увеличением срока беременности питание изменилось в лучшую сторону.

По данным нашего исследования, женщины всех возрастных категорий одинаково подвержены влиянию табачного дыма (27,1% беременных позднего репродуктивного возраста и 34,7% – в остальных возрастных категориях).

По результатам анкетирования 17,5% беременных позднего репродуктивного возраста употребляли алкоголь в I триместре беременности (χ^2=32 при p>0,05).

Репозиторий ГрГМУ

Кроме того, с увеличением возраста беременных снижается самооценка здоровья (выявлена слабая корреляционная зависимость между самооценкой состояния здоровья и возрастом беременных (ρ= -0,07 при $p<0,05$), приверженность принципам рационального питания (ρ= -0,07 при $p<0,05$), увеличивается вероятность осложненного течения беременности (ρ=0,1 при $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, в социальной структуре среди опрошенных преобладали служащие (25,4%) и рабочие государственного предприятия (23,8%). При этом большая часть женщин (79,5%) на момент обследования состояла в браке. Среди опрошенных превалировали повторнобеременные (86,1%) респондентки.

Большинство (63,8%) интервьюированных женщин оценили свое состояния здоровья как «удовлетворительное», каждая пятая беременная оценила его как «хорошее» или как «плохое». При этом почти каждая четвертая женщина позднего репродуктивного возраста имела гинекологическую патологию в анамнезе.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают необходимость усиления работы по прегравидарной подготовке, особенно в группе женщин позднего репродуктивного возраста. Учитывая высокую частоту (54,9%) осложненного течения беременности у таких женщин, прегравидарное консультирование необходимо проводить на любом плановом и внеплановом визите к врачу-акушеру-гинекологу.

Для прогнозирования состояния здоровья женщин позднего репродуктивного возраста следует использовать оценку репродуктивного здоровья с учетом медико-социальных характеристик. Они указывают пути активизации профилактической работы врачей-акушеров-гинекологов в женских консультациях, в том числе необходимую для повышения ответственного репродуктивного поведения среди беременных женщин.

Литература

1. Депозитарий репродуктивного здоровья: молодые женщины. Пути формирования рациональных предпосылок к регуляции фертильности. Методическое руководство / М. Б. Хамошина ; под ред. В. Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. – 48 с.
2. Костюкова, Н. Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин и пути его укрепления: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Н. Б. Костюкова; Воронеж. гос. мед. акад. им. Н. Н. Бурденко – Воронеж, 2012. – 29 с.
3. Старший репродуктивный возраст: контрацепция и не только. Рациональная контрацепция женщин старшего возраста: контрацептивные и неконтрацептивные аспекты. Информационный бюллетень / Т. С. Рябинкина, Х. Ю. Симоновская, О. Д. Руднева; под ред. В. Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. – 16 с.
4. Беременность и роды у женщин старше 40 лет – объективная реальность современного акушерства / Н. М. Подзолкова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинаталогии – 2011. – №1. – С. 44 – 50.

Репозиторий ГрГМУ

РОЛЬ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА В СНИЖЕНИИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Заборовский И. Г.

10-я городская клиническая больница г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. Распространенность диабетического макулярного отека составила 5,2±0,5 случая на 100 пациентов с сахарным диабетом, что соответствует приблизительно 9600 лиц в Республике Беларусь. Уровень остроты зрения зависит от стадии ретинопатии: при непролиферативной – 0,78, при препролиферативной – 0,61, при пролиферативной – 0,30, $p<0,01$.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек, острота зрения.

THE ROLE OF DIABETIC MACULAR EDEMA IN REDUCING VISUAL ACUITY

Zaborouski I. G.

10-th state clinical hospital Minsk, Belarus

Summary. The overall prevalence of diabetic macular edema was 5,2±0,5 per 100 patients with diabetes, which corresponds to approximately 9600 persons in the Republic of Belarus. Best-corrected visual acuity depends on the stage of retinopathy: in non-proliferative – 0,78, in pre-proliferative – 0,61, in proliferative – 0,30, $p<0,01$.

Key words: diabetic retinopathy, diabetic macular edema, visual acuity.

Основной причиной прогрессирующего снижения остроты зрения (ОЗ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) является диабетический макулярный отек (ДМО) [1, 2]. Он может развиться на любой стадии диабетической ретинопатии (ДР) и часто не проявляется зрительными нарушениями, чем объясняется отсутствие жалоб на ОЗ у большинства пациентов на начальных этапах заболевания [3]. ДМО характеризуется преимущественно хроническим течением, периодически прогрессирует или ослабевает, и вызывает потребность в многочисленных вмешательствах. Без соответствующего лечения приблизительно у половины пациентов с ДМО острота зрения снижается на 0,2 и более в течение двух лет. Макулярный отек регистрируется приблизительно в 10% среди популяции пациентов с СД и его распространенность непосредственно зависит от тяжести и длительности течения ретинопатии. Количество пациентов с ДМО возрастает от 3% среди глаз с непролиферативной ДР (НПДР) до 38% – с препролиферативной ДР (ППДР) и 71% – с пролиферативной ДР (ПДР) [4,5].

Репозиторий ГрГМУ

Целью настоящего исследования явилось исследование роли диабетического макулярного отека в снижении остроты зрения.

Материал и методы. Изучена первичная медицинская документация лечившихся амбулаторно пациентов по поводу СД (n=1704) и случаи госпитализации (n=1987) в эндокринологическое отделение областной больницы за три года. Это позволило определить распространенность ДМО у больных сахарным диабетом, его роль как причины слепоты и слабовидения. Статистический анализ полученной информации проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0 (USA). Различия между группами признавали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Общая распространенность ДМО составляет 5,2±0,5 случая на 100 пациентов с СД, что соответствует приблизительно 9600 пациентам с поражением органа зрения по данной причине в Республике Беларусь. При СД 1 типа ДМО развивается в 1,8 раза чаще (8,8±2,3), чем при СД 2 типа (4,8±0,5), $p=0,67$. Несмотря на более высокую общую распространенность ДМО у лиц с СД 1 типа, абсолютное количество лиц с этой патологией среди пациентов с СД 2 типа значительно выше (в 5,7 раза). В этой связи проблему предотвращения развития ДМО у пациентов с СД 2 типа следует считать не менее важной, чем при СД 1 типа.

Нами выявлена распространенность и соотношение ДМО в зависимости от стадии диабетической ретинопатии. Так, отек макулы при НПДР диагностируется в 3,4±0,9 случая на 100 пациентов, при ППДР – в 35,7±4,8 случая, а при ПДР – в 72,4±6,0 случая. Установлено, что у пациентов, страдающих ДМО, острота зрения в лучшем глазу с коррекцией выглядела следующим образом. Слепота (ОЗ <0,05) имелась у 4,1% пациентов, слабовидение (ОЗ от 0,05 до <0,3) с доступно исправленной в лучшем глазу зарегистрировано у каждого двадцатого (5,1%). ОЗ у 18,4% пациентов составила 1,0, а у остальных (72,4%) – в пределах от 0,3 до 0,9 (таблица 1.2).

Однако фактическая ОЗ без коррекции значительно ниже. В частности, удельный вес слепоты и слабовидения (по лучшему глазу) увеличился примерно в 2-3 раза и составил соответственно 7,9% и 17,1%. Число пациентов с ОЗ равной 1,0 уменьшилось в 1,4 раза. С увеличением возраста риск снижения ОЗ с каждым последующим десятилетним периодом возрастает (относительный риск 3,0).

На ранних стадиях заболевания пациент не испытывает практически никаких проблем со зрением и поэтому не обращается к офтальмологу, хотя при установлении диагноза СД снижение ОЗ фиксируется у 2,0%. Снижение зрительных функций и прогрессирование болезни может быть замедлено при ранней диагностике и воздействии на факторы риска, так как ОЗ находится в прямой зависимости от длительности СД. Через 5 лет ОЗ снижается у 20,5%, спустя 10 лет – у 37,0%, 15 лет – у 61,3%, 20 лет – у 81,8% и спустя 25 лет – у 88,7%. Использование корригирующих средств позволило улучшить эти показатели, однако с увеличением продолжительности ДМО возможность коррекции зрения снижается, $p <0,01$ (таблица 1).

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 1 – Динамика снижения остроты зрения (с коррекцией) у пациентов с ДМО в зависимости от длительности заболевания СД (в %)

Длительность СД (в годах)	СД 1 типа	СД 2 типа	Оба типа СД		
			мужчины	женщины	оба пола
0	1,0	4,2	2,1	2,0	2,0
5	11,1	7,5	6,4	11,1	8,7
10	14,9	25,0	14,9	22,0	19,0
15	26,6	53,8	38,9	51,5	44,9
20	58,7	81,8	56,2	69,5	66,7
25 лет и >	69,5	96,0	85,2	92,3	88,7

Рост числа лиц со снижением зрительных функций в 1,5-2 раза выше у лиц, страдающих СД 2 типа, чем СД 1 типа, а также у женщин по сравнению с мужчинами одной и той же продолжительности течения. Уровень ОЗ зависит от формы ДР. Средний показатель ОЗ у изученного контингента при НПДР составил 0,78, ППДР – 0,61 и ПДР – 0,30, $p<0,001$.

Общая совокупная распространенность слепоты (2,6%) и слабовидения (3,7%) при ДМО в лучшем глазу у пациентов с СД 2 типа (6,3±1,3%) в сопоставлении с СД 1 типа (14,6±1,2%), соответственно 6,8% и 7,8%, существенно ниже, ($p<0,05$). Прогрессирование ДР увеличивает риск слепоты и слабовидения (таблица 2).

Таблица 2 – Распространенность слепоты и слабовидения у страдающих ДМО в зависимости от стадии ДР (на 100 пациентов)

Стадия ДР	Слепота (<0,05)	Слабовидение (0,05-0,2)
НПДР	0,4	1,3
ППДР	11,1	13,9
ПДР	18,2	21,2
Всего	4,1	5,1

На стадии НПДР эти показатели равны 0,4% и 1,3%, ППДР – 11,1% и 13,9%, ПДР – 18,2% и 21,2%. Установлена прямая ассоциация развития и прогрессирования ДМО с длительностью СД.

Снижение зрительных функций при СД является предиктором ДМО, поскольку сопоставление динамики ОЗ и развития ДМО выявило их тесную связь. Снижение ОЗ в целом на 77,5% сопряжено с ДМО. Причем этот показатель остается устойчивым с незначительными колебаниями на всем протяжении болезни (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика снижения зрительных функций и развития ДМО в зависимости от продолжительности СД (на 100 пациентов с ДМО)

Продолжительность СД (в годах)	Частота снижения ОЗ	Частота развития ДМО	Коэффициент сопряженности
0	2,0	2,1	95,2
5	8,7	11,0	78,2

Репозиторий ГрГМУ

Продолжительность СД (в годах)	Частота снижения ОЗ	Частота развития ДМО	Коэффициент сопряженности
10	19,0	35,9	52,9
15	44,9	69,6	64,5
20	66,7	85,5	78,0
25	88,7	92,4	96,0

В связи с этим, потеря ОЗ у пациентов с СД с большой долей вероятности может свидетельствовать о наличии ДМО. Средняя ОЗ у пациентов с ДМО с коррекцией в лучше видящем глазу равна 0,80±0,04 , без коррекции – 0,69±0,03, $p< 0,05$.

Этот показатель незначительно колеблется в зависимости от пола (мужчины – 0,79±0,03, женщины – 0,82±0,02, $p>0,05$), а в большей степени различается по типу диабета (СД 1 типа – 0,84±0,04, СД 2 типа – 0,71±0,03, $p<0,05$). Однако, наиболее значительную роль на потерю зрения оказывает стадия ДР, продолжительность течения и тип СД ($p<0,05$).

Фактическая ОЗ к пяти годам болезни СД снижается на 17,0%, к десяти годам – более чем на четверть (27,0%), к 15-ти летнему отрезку – более трети (38,0%), к 25-ти годам – почти вдвое (47,0%). Еще интенсивнее этот процесс происходит при СД 2 типа, где скорость снижения зрительных функций в среднем на 8,8% выше по сравнению с СД 1 типа. Это приводит к тому, что ОЗ при СД 2 типа за два десятилетия болезни снижается вдвое, а при СД 1 типа – на 2/5 (43,0%).

Практически ежегодно ОЗ от начала заболевания у пациентов с ДМО снижается на 3,5%. Однако, к началу манифестации СД у 2,0% уже имеется снижение ОЗ. Корригирующие средства позволяют повысить ОЗ в среднем на 10,1%. Темпы снижения ОЗ за все годы были примерно одинаковы, за исключением первых пяти лет от установления диагноза СД, где этот процесс был в 1,4 раза интенсивнее.

Заключение. Таким образом, распространенность ДМО, оцениваемая в 5,2±0,5 случая на 100 пациентов с СД, тесно связана с возрастом (r_s=-0,95; $p<0,001$), ассоциируется со стадией ДР и колеблется в широких пределах от 3,4±0,9 случая при НПДР, 35,7±4,8 случая при ППДР, до 72,4±6,0 случая при ПДР. Однако, уровень ДМО не зависит от типа СД ($p=0,74$).

Средняя ОЗ у пациентов с ДМО в лучшем глазу с коррекцией ниже при диабете 2 типа (0,71) по сравнению с СД 1 типа (0,84), $p<0,05$. Уровень ОЗ зависит от стадии ретинопатии: НПДР – 0,78, ППДР – 0,61, ПДР – 0,30, $p<0,01$. Распространенность слепоты и слабовидения, обусловленных ДМО, соответственно равна 4,1% и 5,1%. Ежегодное снижение ОЗ от начала заболевания СД в среднем равно 3,5% и тесно связано с возрастом пациента ($p<0,001$), продолжительностью ($p<0,001$) и стадией ДР ($p<0,01$), что необходимо учитывать при проведении систематического контроля и управления факторами риска. Данное исследование свидетельствует о том, что поражение сетчатки при СД остается важной, нерешенной проблемой.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Сравнительная оценка различных методов диагностики диабетического макулярного отека / Ф. Е. Шадричев [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2008. – № 4. – С. 25-27.
2. Browning, D. J. The relationship of macular thickness to clinically graded diabetic retinopathy severity in eyes without clinically detected diabetic macular edema / D. J. Browning, C. M. Fraser, S. Clark // Ophthalmology. – 2008. – Vol.115. – P. 533-539.
3. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. XXIII. The twenty-five-year incidence of macular edema in persons with type 1 diabetes / R. Klein [et al.] // Ophthalmology. – 2009. – Vol.116, N 3. – P. 497-503.
4. Диабетический макулярный отек: современные возможности диагностики / Н. Н. Григорьева [и др.] // Сахарный диабет. – 2008. – № 3. – С. 23-25.
5. Browning, D. J. A spreadsheet template for the analysis of the optical coherence tomography in the longitudinal management of diabetic macular edema / D. J. Browning, C. M. Fraser, M. E. Powers // Ophthalmic Surg. Lasers Imaging. – 2006. – Vol.37. – P. 399-405.

МОНИТОРИНГ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО УХОДУ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ГРОДНЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Зверко В. Л.*, Пальцева А. И., Синица Л. Н., Пономаренко С. М.*, Кравцевич-Мякишева О. Г.**

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь*
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Гродно, Республика Беларусь**

Резюме. Изучены условия формирования микробиома новорожденных как мультифакториального процесса. Показано, что организация вскармливания грудным молоком с первых минут жизни снижает частоту микробиологических высевов и улучшает раннюю адаптацию.

Ключевые слова: новорожденный ребенок, микробиома, микробиологический контроль, грудное вскармливание.

Репозиторий ГрГМУ

MONITORING OF MICROBIAL COLONIZATION IN THE COMPLEX OF MEASURES FOR THE CARE OF NEWBORNS IN THE GRODNO REGIONAL CLINICAL PERINATAL CENTER

Zverko V. L.*, Paltseva A. I., Sinitsa L. N., Ponomarenko S. M.*, Krautsevich-Miakishava V. G.**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus*
City Clinical Emergency Hospital of Grodno, Grodno, Belarus**

Summary. The conditions of the formation of the microbiome of the newborn as a multifactorial process were studied. It has been shown that the organization of breastfeeding from the first minutes of life reduces the frequency of microbiological seeding and improves early adaptation of children.

Key words: newborn baby microbiome, microbiological control, breastfeeding.

Актуальность. Результаты молекулярно-генетических исследований последних лет свидетельствуют, что микробная колонизация новорожденного начинается внутриутробно, продолжается в родах и в постнатальном периоде [1, 2].

Микробиома человека – это эволюционно сложившаяся экологическая система разнообразных микроорганизмов, населяющих открытые полости организма и поддерживающих биохимическое, метаболическое, иммунологическое равновесие, что необходимо для здоровья человека [1].

Наиболее многочисленная микробная популяция обитает в желудочно-кишечном тракте, в большей степени – в толстой кишке, которая содержит примерно 10^{14} бактериальных клеток, что в десятки раз превышает общее количество клеток организма, а общий геном бактерий желудочно-кишечного тракта насчитывает около 150 млн. генов [1, 3].

Неблагоприятные воздействия в период формирования микробиомы у детей неонатального и грудного возрастов создают благоприятную почву для ее нарушения и отсроченной патологии. В настоящее время доказано, что нарушение состава кишечной микробиомы повышает риск или является непосредственной причиной развития как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний. Так при избыточном бактериальном росте, повышении проницаемости слизистой кишечника и при снижении иммунного статуса макроорганизма развиваются условия для бактериальной транслокации, бактериемии и сепсиса [2, 4]. Доказана роль нарушения кишечной микрофлоры в развитии ожирения, сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, артериальной гипертензии [4]. Нарушение состава кишечной микрофлоры, так называемой микробиоты, может быть причиной атопических заболеваний (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит) [5].

Репозиторий ГрГМУ

Состав формирующейся микробиоты зависит от гестационного возраста ребенка, способа родоразрешения, типа вскармливания, антибактериальной терапии, санитарно-гигиенических условий окружающей среды, географических условий и др. [2, 3]. Наиболее чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов неонатальная микробиота.

Более глубокое понимание процессов микробной колонизации у новорожденных будет способствовать своевременной коррекции условий формирования микробиома.

Цель исследования. Оптимизировать адаптацию новорожденных к внеутробной жизни с учетом их микробиологической колонизации.

Методы и объект исследования. Проанализированы результаты микробиологического исследования у 279 детей, находившихся под наблюдением в отделениях для новорожденных УЗ «ГОКПЦ»: физиологическом, обсервационном, педиатрическом и отделении анестезиологии и реанимации. Исследование проводилось за период с января 2018 по I кв. 2019 г. включительно. Материалом для исследования служили мазки, взятые у новорожденных из следующих локусов: глаз, наружный слуховой проход, зев, пуповинный остаток. Забор осуществлялся в транспортные гелевые среды «Амиеса» и транспортировался согласно правилам транспортировки, которые определенны приказом МЗ РБ № 1301 от 19.12.2015 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов» и инструкцией по применению «Микробиологические методы исследования биологического материала» №075-0210.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10» и «EXCEL» с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период с января 2018 г. по I кв. 2019 г. в УЗ «ГОКПЦ» родились 5814 детей; микробиологическое исследование проводилось у 2132 из них, что составило 36,6%. У 279 детей был выявлен рост микроорганизмов, что составило 4,8% от всех рожденных детей и у 13,0% от всех обследованных. Следует отметить, что 73,5% новорожденных с положительным результатом микробиологического исследования – это дети, рожденные путем операции кесарева сечения (205 детей).

Проанализированы частота обследования детей и выделения условно патогенной и патогенной микрофлоры у новорожденных в зависимости от отделения, в котором они наблюдались. В течение исследуемого периода в отделении новорожденных физиологическом находилось 2363 ребенка (1899 и 464 в 2018 и I кв. 2019 г., соответственно). Из них 188 детям в 2018 г. и 300 родившимся в I кв. 2019 г. выполнено микробиологическое исследование (9,8% и 64,0% соответственно). У 79 детей была обнаружена условно-патогенная микрофлора (27 – 2018; 52 – 2019), что составило 16,0% от общего количества обследованных в отделении за весь период. Всего выделено 84 штамма различных видов микроорганизмов (30 – 2018; 54 – I кв. 2019 г). Основными

Репозиторий ГрГМУ

штаммами микроорганизмов были Streptococcus mitis et oralis, Escherichia coli, Staphylococcus haemolyticus.

В отделении новорожденных обсервационном получены следующие данные: под наблюдением находились 1199 младенцев (932 – 2018 г., 267 – I кв. 2019 г.), у 35,0% детей выполнено микробиологическое исследование (226 и 193 новорожденных соответственно). Положительные результаты обследования получены у 32 новорожденных, что составляет 2,6% от всех детей (1,6% и 6,3% за 2018 и 2019 г. соответственно) и составило 7,6% от всех обследованных детей в отделении. Получен рост микроорганизмов в 33 биотопах, что значительно реже, чем в отделении для новорожденных физиологическом ($p<0,05$). Чаще всего были выделены Staphylococcus haemolyticus, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis.

В педиатрическом отделении за период исследования пролечено 1944 ребенка, из них микробиологическое исследование проводилось в 1068 случаев и это составило 54,0% от всех детей отделения (760 за 2018 и 308 обследованных детей за I кв. 2019 г.). У 142 новорожденных (90 – в 2018 и 52 – в I кв. 2019 г.) была выявлена условно патогенная микрофлора, что составило 7,3% от всех пролеченных и 13,0% от всех обследованных детей педиатрического отделения соответственно в 2018 и I кв. 2019 г. Выделены 151 штамм микроорганизмов, что достоверно выше, чем в отделении для новорожденных физиологическом и обсервационном. В педиатрическом отделении чаще других выделялись Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus haemolyticus, Streptococcus agalactiae.

В отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных за указанный период пролечено 308 детей. Все дети были обследованы микробиологически. У 30 младенцев (9,7%) была выделена условно-патогенная и патогенная микрофлора. Основными штаммами были Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Candida parapsilosis, Staphylococcus haemolyticus.

Из полученных результатов следует, что самый большой обхват в процентном соотношении детей микробиологическим исследованием зарегистрирован в отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных и в педиатрическом отделении, что обусловлено госпитализацией в эти отделения детей, требующих интенсивного лечения.

Следует отметить, что наименьший процент положительных результатов исследований – в отделении для новорожденных обсервационном. Данные результаты, вероятно, связаны с внедрением современных стратегий ухода за новорожденными. В отделении с 2018 г. внедрена система эффективной поддержки грудного вскармливания новорожденных, требующих интенсивной терапии и в том числе рожденных путем кесарева сечения. Грудное молоко служит важным фактором в формировании микробиоценоза ребенка, поскольку содержит вещества с антимикробным и пребиотическим потенциалом (бета-лактоза, лактоферрин, олигосахариды, секреторные иммуноглобулины А, лейкоциты, лизоцим и др.) и является главным источником симбиотических микроорганизмов (бифидобактерий, лактобактерий, энтерококков) для

Репозиторий ГрГМУ

грудного ребенка. Грудное молоко содержит не менее 10^3 КОЕ/мл живых бактерий и широкий спектр бактериальных ДНК, включая ДНК бифидобактерий, которые могут программировать иммунную систему новорожденного [2, 3].

Для новорожденных, нуждающихся в лечении на посту интенсивной терапии, были предложены следующие шаги для максимального обеспечения их грудным материнским молоком:

- создание комфортных условий для общения матери и ребенка,
- первую порцию молозива («за щечку») ребенок получал в родильном зале, в т. ч. в операционной,
- при наличии кислородозависимости, одышки для эффективной лактации рекомендовано регулярное сцеживание молока в течение суток (6-10раз), включая ночное время и кормление ребенка через соску или из шприца,
- при наличии у ребенка зрелого сосательного рефлекса и координации сосания, глотания и дыхания, отсутствия кислородозависимости – прикладывание ребенка к груди даже при проведении инфузионной терапии.

Заключение. Согласно полученным данным, мониторинг микробного пейзажа у пациентов отделений новорожденных и его анализ является неотъемлемой частью инфекционного контроля за циркуляцией микроорганизмов в отделении. Важнейшим элементом профилактики нарушений формирования микробиома новорожденного служит поддержка грудного вскармливания. Внедренный опыт поощрения и охраны грудного вскармливания в случаях кесарева сечения, нарушенного периода ранней адаптации следует рекомендовать к использованию во всех отделениях, оказывающих помощь новорожденным детям.

Литература

1. Николаева, И. В. Формирование кишечной микробиоты ребенка и факторы, влияющие на этот процесс / И. В. Николаева, А. Д. Царегородцев, Г. С. Шайхиева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 63 (3). – С. 13-18.
2. Thompson, A. L. Developmental origins of obesity: early feeding environments, infant growth, and the intestinal microbiome / A. L. Thompson // Am J Hum Biol. – 2012. – Vol. 24. – P. 350-360.
3. Sherman, M. P. New concepts of microbial translocation in the neonatal intestine: mechanisms and prevention / M. P. Sherman // Clin Perinatol. – 2010. – Vol. 37 (3). – P. 565-579. doi: 10.1016/j.clp. 2010.05.006
4. Impact of the gut microbiota on inflammation, obesity, and metabolic disease / C. L. Boulangé [et al.]// Genome Medicine. – 2016. – Vol. 8 (42). – P. 1-12. doi: 10.1186/s13073-016-0303-2
5. Микробиотические и моторные расстройства желудочно-кишечного тракта при тяжелом атопическом дерматите у детей / Н. Г. Короткий [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 1 (125). – С. 21-27.

Репозиторий ГрГМУ

ЛЕВОФЛОКСАЦИН В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА

Ильина С. Н.[1], Кринец Ж. М.[1],Солодовникова Н. Г.[1], Карпович Н. В.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Левофлоксацин (глазные капли 0,5% раствор) – высокоэффективный препарата с широким спектром действия, высокой терапевтической активностью, низкой аллергенностью и хорошей переносимостью. Его следует рассматривать как надежное средство для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний глаз как бактериальной, так и хламидийной этиологии у взрослых и детей.

Ключевые слова: Офтаквикс, левофлоксацин, передний отрезок глаза, воспалительные заболевания глаз, хламидийный конъюнктивит, кератит, язва роговицы.

LEVOFLOXACIN IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF INFECTIOUS INFECTIOUS DISEASES OF THE ANTEROUS SECTION OF THE EYE

Ilyina S. N.[1], Krynets Zh. M.[1], Solodovnikova N. G.[1], Karpovich N. V.[2]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. Levofloxacin (eye drops 0.5% solution) is a highly effective drug with a wide spectrum of action, high therapeutic activity, low allergenicity and good tolerance. It should be considered as a reliable tool for the treatment of acute and chronic inflammatory eye diseases of both bacterial and chlamydial etiology in adults and children.

Key words: Oftaquix, levofloxacin, anterior segment of the eye, inflammatory eye diseases, chlamydial conjunctivitis, keratitis, corneal ulcer.

Актуальность. Воспалительные заболевания переднего отрезка глазного яблока являются самой распространенной глазной патологией и приводят к временной нетрудоспособности у 80 % больных, у 10-30% из них развивается слепота в исходе тяжелых воспалений глаз. В странах СНГ число обращающихся с воспалительными заболеваниями глаз достигает более 16 млн в год, составляя 40,2% среди амбулаторных больных и свыше 50% среди госпитализированных. Клинико-статистический анализ, проведенный в различных областях нашей страны, показывает, что больные с глазными

Репозиторий ГрГМУ

инфекциями занимают первое место в числе обратившихся к офтальмологу за амбулаторной помощью. Наиболее часто встречаются конъюнктивиты (66,7%) и блефариты (23,3%), реже – кератиты (4,2%). Наиболее частыми возбудителями бактериальных конъюнктивитов у взрослых являются грамположительные микроорганизмы: коагулазанегативные стафилококки (CNS), золотистый стафилококк (SAU), стрептококки (STR). Реже встречаются грамотрицательные микроорганизмы, а также другие виды бактерий [1].

Группа фторхинолонов является наиболее перспективной группой антибактериальных препаратов, используемых в офтальмологии. К представителям этого класс относится левофлоксацин (ОТАКВИКС, 0,5% глазные капли, Сантен, Финляндия), обладающий многими характеристиками «идеального» антибиотика.

Цель работы. Изучить эффективность применения 0,5% раствора левофлоксацина для лечения и профилактики инфекционных заболеваний переднего отрезка глаза у детей и взрослых.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента. У 15 из них глазные капли Офтаквикс применялись для лечения бактериальных конъюнктивитов (группа 1), у 47 пациентов для терапии других нозологических форм воспалительных заболеваний глаз (кератитов, язв роговицы и увеитов) (группа 2).

Первая группа включала 12 чел. (24 глаза) с бактериальными и 3 чел. (6 глаз) с хламидийными конъюнктивитами, подтвержденными результатами лабораторных микробиологических исследований. Возраст пациентов варьировал от 2 до 45 лет. Всем 15 больным с момента обращения в течениепервых трех суток местно назначались инстилляции капель «Офтаквикс» в конъюнктивальную полость 6 раз в день, в последующие сроки кратность закапывания сокращались до 4 раз в день. Монотерапия Офтаквиксом продолжалась до полного выздоровления. Выраженность клинических симптомов конъюнктивального воспаления оценивалась в динамике лечения: на 3, 5-7, 8-10, 11-14-е сутки, а также через 3-4 месяца отдаленного периода наблюдений. При этом нами была использована оценка следующих симптомов по 3-балльной системе: светобоязнь и слезотечение, блефароспазм, отек и гиперемия конъюнктивы, количество отделяемого, чувство инородного тела (слабо выраженные признаки – 1 балл, умеренно выраженные признаки – 2 балла, резко выраженные – 3 балла). Нами дополнительно, в той же временной динамике, что и регистрация клинических симптомов (3, 5-7, 8-10, 11-14-е сутки), анализировались результаты бактериологических исследований конъюнктивального отделяемого и соскобов.

Группу 2составили 47 больных с бактериальными кератитами, язвами роговицы увеитами, которым для лечения воспалительных заболеваний глаз Офтаквикс назначали как в стационарных условиях, так и при амбулаторном лечении.

При воспалительных заболеваниях глаз Офтаквикс назначали по 2 капли 4 раза в сутки в течение 5-15 дней. В тяжелых случаях лечение Офтаквиксом

Репозиторий ГрГМУ

начинали по схеме: в первые двое суток 8 раз через каждые 2 часа, начиная с третьих суток – по 2 капли 4 раза в день.

Для контроля была взята группа больных 20 человек, которым вместо Офтаквикса назначали гентамицин.

Результаты и их обсуждение.

Группа 1. Данные бактериологической лабораторной диагностики, полученные до лечения, показали наличие у 7 чел. (14 глаз) в конъюнктивальном секрете моноинфекции в виде золотистого (2 чел. – 4 глаза), белого (2 чел. – 4 глаза) и эпидермального стафилококков (3 чел. – 6 глаз). В значительном числе случаев (5 чел. – 10 глаз) наблюдались ассоциации эпидермального стафилококка с кишечной палочкой (3 чел. – 6 глаз), либо протеем (2 чел. – 4 глаза). При изучении чувствительности выделенных бактериальных штаммов из конъюнктивальной полости больных установлена их довольно высокая резистентность к антибиотикам, которые обычно широко используются офтальмологами в качестве стартовой терапии при гнойных инфекциях глаза: левомицетину (в 25,2-34,2%), гентамицину (в 19,3-27,5%), тобрамицину (в 15,3-23,4%), цефалоспоринам (в 13,6-17,9%).

При изучении особенностей клинического течения конъюнктивита на фоне лечения Офтаквиксом было выявлено, что сроки полного регресса симптомов заболевания наблюдались в диапазоне от 5-7 до 12-14 суток. При этом отсутствовала прямая достоверная связь между сроками выздоровления больных и этиологической структурой конъюнктивитов.

Сроки купирования клинических проявлений конъюнктивита под влиянием Офтаквикса существенно варьировали при различных его формах. Так, при катаральном конъюнктивите уже в первые 3–е суток с момента лечения у 5 чел. (10 глаз) полностью исчезали субъективные жалобы и отделяемое. У 2 чел. (4 глаза) вышеуказанные клинические симптомы в этот период наблюдения еще сохранялись, но степень их выраженности существенно уменьшилась до 4,1±0,9 баллов против 11,2±21 баллов до лечения ($p>0,05$). Полный регресс всех клинических симптомов катарального воспаления конъюнктивы в среднем наступил через 6,3±0,9 суток.

При пленчатом конъюнктивите наиболее выраженный лечебный эффект Офтаквикса проявился к 5-7 дню от начала лечения, когда у всех 5 чел. (10) полностью исчезли пленки на конъюнктиве и отделяемое. Однако оставались еще жалобы на чувство «песка» в глазах, сохранялись светобоязнь, отек и гиперемия конъюнктивы. Указанные клинические симптомы в группе больных с пленчатым конъюнктивитом исчезли полностью только к 8-11-му дню лечения (9,8±1,3 сут. в среднем).

У пациентов с фолликулярной воспалительной реакцией конъюнктивы первые положительные процессы под влиянием Офтаквикса зарегистрированы, как и при пленчатом конъюнктивите, к 5-7-му дню лечения. В этот период наблюдения стали исчезать либо уменьшаться по степени выраженности субъективные жалобы пациентов, а также частично регистрировались отек до 4,5±0,8 против 10,5±0,9 баллов до лечения, гиперемия и фолликулы конъюнктивы ($p>0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

Окончательное выздоровление пациентов с фолликулярным конъюнктивитом наступило к 12,8±1,05 суткам. При отдаленных наблюдениях в сроки 3-4 месяца после проведенного лечения Офтаквиксом достигнутый лечебный эффект во всех случаях оставался стабильным. Микробиологические исследования, проведенные в первый день обращения больных и касающиеся определения чувствительности выделенных штаммов глазной микрофлоры к Офтаквиксу, показали полное отсутствие зон роста всех обнаруженных в конъюнктивальной полости микроорганизмов.

При лечении хламидийных конъюнктивитов исчезновение клинических симптомов заболевания отмечено у 98% больных. Лечение больных с хламидийным конъюнктивитом продолжалось в среднем 4-5 недель. Гиперемия конъюнктивы уменьшалась в среднем за 4-5 дней, выраженность инфильтратов и фолликулов конъюнктивы – за 2-2,5 недели. Несмотря на довольно длительное применение Офтаквикса, ни у одного больного не отмечено появления явлений кристаллизации препарата и скопления отложений белого цвета в месте инфильтратов, описанных при применении других препаратов группы фторхинолонов.

Группа 2. Сроки исчезновения микрофлоры в мазках и посевах составили 3,4 дня в основной группе, и 5,3 дня – в контрольной. Срок выздоровления в первом случае составил 21,2 дня, а во втором – 27,4, то есть при местном применении левофлоксацина сократить длительность лечения на 6,2 дня по сравнению с группой пациентов, где в качестве местной антибактериальной терапии назначали гентамицин.

Применение глазных капель Офтаквикс при острых воспалительных процессах глаз позволило добиться излечения у всех больных. Следует высокую эффективность препарата при хронических процессах: удалось добиться стойкой ремиссии у 96% больных. При осмотре пациентов через 6 месяцев после излечения рецидивов не выявлено.

Все пациенты отметили хорошую переносимость глазных капель Офтаквикс.

Выводы.

1. Выявлена высокая эффективность препарата в лечении острых и хронических воспалительных заболеваний глаз у взрослых и детей.
2. Глазные капли Офтаквикс эффективны при лечении хламидийных конъюнктивитов.
3. Офтаквикс следует рассматривать как эффективное и надежное средство для лечения инфекционных заболеваний глаз, учитывая широкий спектр действия, высокую терапевтическую эффективность, низкую аллергенность и хорошую переносимость препарата пациентами.

Литература

1. Околов, И. Н. Микробиологическая диагностика бактериальных конъюнктивитов и мониторинг антибиотикорезистентности: Методическое пособие. СПб., 2011. – 20с

Репозиторий ГрГМУ

МИНЕРАЛЬНО-КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Карпович Ю. И., Пырочкин В. М., Карпович Ю. Л., Богданови В. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлена информация по распространенности хронической болезни почек в нефрологической практике по г. Гродно и Гродненской области. Выявлена низкая диагностика минерально-костных нарушений среди пациентов, имеющих ренальную патологию.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, вторичный гиперпаратиреоз.

MINERAL AND BONE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: PROBLEMS AND PROSPECTS

Karpovich Y. I., Pyrochkin V. M., Karpovich Y. L., Bogdanovich V. Ch.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents information on the prevalence of chronic kidney disease in nephrological practice in Grodno and the Grodno region. Low diagnostics of mineral and bone disorders among patients with renal pathology was revealed.

Key words: chronic kidney disease, secondary hyperparathyroidism.

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает особое важное место среди хронических неинфекционных болезней, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высоким риском кардиоваскулярных осложнений и соответственно высокой смертностью, а в терминальной стадии приводит к необходимости использования дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки.

ХБП – это своего рода наднозологическое понятие, которое объединяет всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением функции, учитывающее динамику скорости клубочковой фильтрации, выявленных изменений в течение 3 и более месяцев. ХБП является неизбежным исходом всех нефропатий независимо от их природы, при которых функция почек снижается на протяжении ряда лет и даже десятилетий, хотя в ряде клинических ситуаций можно наблюдать быстрое ухудшение фильтрационной способности почек. В тоже время понятие ХБП 1 стадии введено в

Репозиторий ГрГМУ

клиническую практику с позиций раннего и длительного наблюдения за пациентом с целью вторичной и своевременной третичной профилактики осложнений.

Нефрологами УЗ «Гродненская университетская клиника» ведется регистр нефрологических пациентов, имеющих ХБП. Так за 12 месяцев 2019 года в регистре состояло 933 человека с ХБП 3-5 (из них 382 из районов Гродненской области, 551 человек из города Гродно и Гродненского района, но без учета пациентов, которые находятся на почечно-заместительной терапии). В отделении нефрологии УЗ «Гродненская университетская клиника» количество пациентов с ХБП 3-5стза 2019 год составило 539, что в удельном весе обследованных пациентов стационарно составило 50,8 %.

Распределение пациентов согласно стадиям в сравнении 2019-2018 гг. выглядело следующим образом:

- **3 стадия** – 214 (191)
- **4 стадия** – 154 (186)
- **5 стадия** – 171 (163).

Повозрастная характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 . Распределение пациентов с ХБП согласно возрастной группе

Возраст, лет	Кол-во пациентов в 2019 г.	Кол-во пациентов в 2018г.
до 20	4	-
21-30	20	21
31-40	49	34
41-50	60	57
51-60	138	116
61-70	131	184
старше 70	137	128

Таким образом, регистр пациентов с ХБП демонстрирует высокую распространенность ренальной патологии среди пациентов всех возрастных групп, с превалированием пациентов старше 40 лет.

Хроническая болезнь почек является самостоятельным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Между поражением почек, артериальной гипертензией, гиперлипидемией и ремоделированием сердечно-сосудистой системы существует тесная доказанная взаимосвязь. Однако на сегодняшний момент в этот континуум следует включать и минерально-костные нарушения, развивающиеся у пациентов с ХБП. [1]

Почки фильтруют примерно 10 г кальция в сутки, но в моче обычно присутствует не более 200 мг кальция. [2] Количество кальция в первичной моче многократно превышает его содержание во внеклеточной жидкости, что обеспечивается высокой реабсорбцией, указывая на важнейшую роль почек в сохранении кальциевых запасов организма. Исследования с применением микропункции показывают, что в нормальных условиях реабсорбция кальция осуществляется по всей длине нефрона: примерно 50-55% количества кальция,

Репозиторий ГрГМУ

попадающего в первичную мочу, реабсорбируется в проксимальном канальце, 20-30% – в петле Генле, 10-15% – в дистальном канальце и 2-8% – в конечных сегментах нефрона, включая собирательный проток.

Уровень кальция в крови регулируют следующие гормоны: паратиреоидный гормон (ПТГ), метаболиты витамина D3 и кальцитонин.

Возможности определения минерально-констных нарушений, базируемых на основных лабораторных показателях, в стационарах Гродненской области отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Определение маркеров в ЦРБ Гродненской области

	Кальций	Фосфор	25ОНД	паратгормон
Берестовицкая ЦРБ	+б	+б	-	-
Вороновская ЦРБ	+б	+б	-	-
Ивьевская ЦРБ	+б	-	-	-
Свислочская ЦРБ	+б	+б	-	-
Слонимская ЦРБ	+б	+б	-	-
Ошмянской ЦРБ	+б	+б	-	-
Волковысская	+б	+б	-	+б,п
Новогрудская ЦРБ	+б	+б	-	-
УЗ «ГКБСМП», ГУЗ «ГЦГП»	+б	+б	-	-
Щучинская ЦРБ	+б	-	-	-
Лидская ЦРБ	+б	-	-	-
Дятловская ЦРБ	+п	+п		
ГУК	+б	+б	+п	+б

Примечание: «+» – исследование возможно, «-» – исследование не возможно, б – проводится на бесплатной основе, п – проводится на платной основе, ЦРБ – центральная районная больница, ГУК – Гродненская университетская клиника.

Таким образом, полный спектр обследования пациент может пройти Гродненской университетской клинике, при этом 25 ОНД – только на платной основе.

Анализируя случаи установленного вторичного гиперпаратиреоза, являющегося ведущим патогенетическим звеном развития минерально-костных нарушений у пациентов с ХБП, выявлено только 2 случая (УЗ «Новогрудская ЦРБ»). По данным эпидемиологических исследований нарушение гомеостаза фосфора, кальция и витамина D, которые относят к основным этиологическим факторам формирования ВГПТ, выявляется уже на ранней стадии ХБП (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м^2). Так частота выявления ВГПТ по данным зарубежных исследований возрастает по мере прогрессирования ХБП и составляет для ХБП 1-2 ст. 12-23%, ХБП 3 ст. – 76%, а при ХБП 4-5 ст. приближается к 100% [3].

В лечении таких пациентов используется ряд препаратов. В арсенале гродненских нефрологов имеются: парикальцитол, кальцитриол,

Репозиторий ГрГМУ

фосфарсвязывающие препараты – карбонат Са. Активные метаболиты витамина D (кальцитриол) и их аналоги не определяются в значимых количествах при исследовании концентрации витамина D в сыворотке крови в виду их структурных отличий от колекальциферола, а также их быстрой деградации. Поэтому для контроля эффективности назначаемых доз активных метаболитов витамина D и их аналогов необходимо использовать концентрацию общего и/или ионизированного кальция, паратгормона в крови, что, по сути, не возможно на районах.

Таким образом, необходимо расширять лабораторные возможности определения базовых маркеров минерально-костных нарушений среди пациентов с ХБП, а также расширять спектр используемых препаратов (севеламер, цинакальцет), исходя из международных клинических рекомендаций по ведению таких пациентов.

Литература

1. Егшатян, Л. В., Мокрышева, Н. Г. Эктопическая кальцификация при хронической болезни почек. Часть 1. Классификация и патогенез/ Л.В. Егшатян, Н.Г. Мокрышева // Нефрология. – 2017. – 21(4): 30-39. doi: 10.24884/1561-6274-2017-21-4-30-39
2. Шестакова, М. В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: возможности прогнозирования, ранней диагностики и нефропротекции в XXI веке / Терапевтический архив. – 2016. – №6. doi:10.17116/terarkh201688684-88.
3. Guideline Update: what's changed and why it matters Executive summary of the 2017 KDIGO Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) / Kidney Internationalю – 2017. – 92: 26-36.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Климович И. И.[1], Разводовский Ю. Е.[2] Бельская Л. И.[3]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Институт биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь[2]
Гродненская областная инфекционная клиническая больница, г. Гродно, Республика Беларусь[3]

Резюме. Анализ литературы проделанный в рамках данной работы и собственные данные показали, что нездоровый образ жизни является гланым фактором развития различных заболеваний. Предстоящая задача государства должна быть направлена на внедрение здорового образа жизни во всех сферах человеческой жизни.

Ключевые слова: здоровье, Беларусь.

Репозиторий ГрГМУ

INDIVIDUAL HUMAN HEALTH AND PREVENTION OF DISEASES IN MODERN SOCIETY

Klimovich I. I. [1], Razvodovsky Yu. E.[2] Belskaya L. I. [3]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Institute Biochemistry of Biological Active Substances of National Academy of Grodno, Belarus[2]
Grodno Regional Infectious Clinical Hospital, Grodno, Belarus[3]

Summary. An analysis of the literature done in the aspect of this work and our own data showed that the unhealthy lifestyle is a main factor of development of different disease. The upcoming task of the state should be aimed at introducing a healthy lifestyle in all areas of human life.

Key words: Health, Belarus.

Введение. Технический прогресс, изменения окружающей природной среды, сложные социально-экономические отношения в обществе, увеличили риск развития заболеваний техногенного характера, которые изменили психологию людей и интенсивность труда, что вызывало негативные сдвиги не только в состоянии здоровья каждого человека, но и популяции в целом. В республике Беларусь в 2016 году была принята Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы. В рамках выполнения задачи подпрограммы 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» повсеместно проводится медико-просветительная работа по профилактике заболеваний, в первую очередь, наиболее распространенных – сердечнососудистой системы, онкологических, а также по профилактике суицидов [1]. Основной задачей государства по укреплению здоровья народа является снижение уровня смертности, увеличение продолжительности и качества жизни [2, 3].

Определить понятие здоровья, казалось бы на первый взгляд очень просто, однако это сделать архисложно, чтобы затронуть все аспекты, которые составляют и/или влияют на здоровье. В связи с этим привлекает к себе внимание работа П. И. Калью [4]. Автор рассматривает 79 определений здоровья человека, сформированные представителями различных научных дисциплин в разное время в различных странах мира [4]. Несмотря на такое множество определений и взглядов на суть здоровья, единого общепринятого определения и оценки здоровья нет до настоящего времени. Имеется общий консенсус, что здоровый человек должен сохранять свой гомеостаз путем оптимальной адаптации к изменением условий в окружающей среде, сохраняя нормальные параметры всех биохимических показателей при которых все органы и системы направлены на нормальную жизнедеятельность. Поэтому первостепенной задачей должно быть сохранение и укрепление индивидуального здоровья человека.

Целью данной работы определить факторы риска развития наиболее часто встречающихся заболеваний человека и наметить пути их профилактики.

Репозиторий ГрГМУ

Материалы и методы исследования – изучение и обобщение литературных данных и историй болезни у 128 пациентов, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2015-2019 г. с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ЯБ12ПК); анкетирование студентов 123 человека 4 курса медико-психологического факультета.

Результаты исследования и их обсуждение: нами выявлено, что на состояние индивидуального здоровья человека большое влияние оказывает его эмоциональное состояние и умение справляться с собственными эмоциями, которое зависит от уровня образования, его ментальных установок, способности выявить и применить новую, нужную информацию для оптимальных действий в конкретных условиях. Для этого также необходима теплая социальная атмосфера: на работе, дома, в общественных местах. Общеизвестно, что очень важную роль для хорошего индивидуального здоровья играет оптимизм, доброта, умение сотрудничать и ценить других людей, видеть у человека хорошее и это подчеркивать, а не искать его недостатков и последние выпячивать. Для того, чтобы жить и быть счастливым ещё необходимо безусловно соблюдать так называемый здоровый образ жизни (ЗОЖ), о котором сейчас говорят и пишут, но многие этим пренебрегают.

ЗОЖ представляет собой сложный конструкт, составляющие которого зависят не только от самого человека, но и общества, государства. К ним относятся чистая, безопасная окружающая среда, а также достаточный сон. Необходимо напомнить, что во время хорошего сна в организме восстанавливаются до адекватного функционирования все обменные процессы и тогда все органы и системы работают в оптимальном режиме. Далее, что также важно – это умеренное, сбалансированное и соответствующее возрасту питание. Очень важную роль играет также физическая активность с учётом возраста и индивидуальных физиологических особенностей [1]. Важнейшая роль отводится личной гигиене, поскольку с давних времен веков известно, что чистота является залогом здоровья.

Отказ от вредных привычек, в том числе от табакокурения, является обязательным атрибутом ЗОЖ. Однако сделать это порой очень сложно. Организм человека обладает огромным адаптационным потенциалом, для мобилизации которого, зачастую, нужен сильный раздражитель т.е., стрессовый фактор. Поэтому профилактика любого вредного фактора для здоровья человека должна основываться на выявлении самого весомого аргумента для убеждения человека в его значимости. Употребления алкоголя, наркотиков и различных токсических суррогатов имеет те же этиопатогенетические факторы и механизмы регуляции, но пока до конца они не раскрыты [3]. Однако многие из них хорошо известны и используются с целью укрепления здоровья и профилактики различных заболеваний человека. Жаль только, что не все люди понимают, или не хотят знать, что соблюдение основных составляющих ЗОЖ определяет здоровье человека, а отказ от этого приведет к возникновению различных заболеваний, среди которых наиболее частыми являются

Репозиторий ГрГМУ

заболевания сердечнососудистой системы (ССС), опорно-двигательного аппарата (ОДА), легких, онкологических, ожирения, диабета, гипертензии.

На наш взгляд в такой ситуации ЗОЖ является одним из самых главных и высокоэффективных методов профилактики этих заболеваний, а при их развитии обладает весомым эффектом их немедикаментозного лечения. При этом установлено, что ключевыми моментами являются: достаточный здоровый сон и отдых, избавление от вредных привычек, здоровая диета, физическая активность. Алкоголь является важным причинным фактором не только заболеваний, но и травм, несчастных случаев, распада семьи и т.д. [5].

К факторам здоровья следует отнести доходы и социальный статус, социальные сети поддержки, уровень образования, условия работы, социальная среда, личный опыт и навыки сохранения здоровья, уровень развития медицины. В связи с этим определение здоровья наиболее оправдана является формулировка здоровья данное ВОЗ «Здоровье это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов».

В настоящее время самыми распространенными заболеваниями являются ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма, злокачественные новообразования. Согласно нашим данным (анализы историй болезней пациентов) более чем в 50% случаев развития этих заболеваний связаны со стрессом, который в настоящее время испытывает большинство людей. Стресс прямо или косвенно увеличивает затраты энергии человека на достижение цели и снижает качество жизни. Причины стресса могут быть вызваны факторами как физическими (шум, охлаждение, недостаток кислорода, кровопотеря, травма, интоксикация, чрезмерная физическая нагрузка, лишение пищи), так и психическими, связанными с работой и деятельностью организации или событиями личной жизни человека.

По данным статистики 57% работающих женщин и 52% мужчин испытывают физические и психологические стрессы, которые развились в результате недостатка финансов, сложных взаимоотношений на работе, распад семьи, сложность работы в условиях автоматизации производственных процессов [5]. По данным нашего анализа историй болезней с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБЖ и 12ПК) ЯБЖ в 83% случаев развилась у мужчин, имеющих вредные привычки в виде злоупотребления алкоголем и табакокурение. По данным анкетирования студентов, 74% из них испытывали состояние стресса, который мог стать причиной развития различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, симптоматической гипертензии, вегетососудистых расстройств.

Заключение. Таким образом, из представленного анализа можно заключить, что определение понятия здоровья, его сохранение и профилактика заболеваний до настоящего времени не имеют единых взглядов. То же самое распространяется и на понимание границ между нормой и патологией, а также характер перехода от здоровья к болезни. Одни ученые считают, что такая

Репозиторий ГрГМУ

граница существует, в то время как другие этого не признают, поскольку организм функционирует в широком диапазоне физиологических параметров. Некоторые ученые признают наличие такой границы, хотя ее трудно определить и, соответственно, классифицировать состояния здоровья, чтобы она отражала различные этапы перехода от здоровья к болезни.

Литература

1. Kandrychyn, S. V. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective. / S. V. Kandrychyn, Y. E. Razvodovsky // Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 18, N.5. – P. 5-8.
2. 2.Колосницина, М. Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира. / М. Колосницина, Т. Коссова, М. Шелунцова // Демографическое обозрение. – 2019. – №1. – С. 124-150.
3. Разводовский, Ю. Е. Прогнозирование ожидаемой продолжительности жизни с помощью анализа временных серий. / Ю. Е. Разводовский, В. Ю. Смирнов // Собриология. – 2016. – № 1. – С. 32-36.
4. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: научный обзор / П. И.Калью. – М.: ВНИИМИ, 1988. – с. 58.
5. Дружилов С. А.Здоровый образ жизни как целесообразная активность человека// Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 4 (60). – С. 654-648.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Козявина К. Ю., Пивоварова Г. М.

ФГБОУ ВО "Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В данной статье была проведена оценка некоторых показателей здоровья населения Гродненской области Республики Беларусь с 2015 по 2019 годы, были определённы социально-экономические проблемы региона и даны некоторые рекомендации.

Ключевые слова: здоровье, население, Гродненская область, Республика Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

SOME INDICATORS OF HEALTH OF THE POPULATION OF THE GRODNO REGION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Kozyavina K. Yu., Pivovarova G. M.

FSBOU "North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov" of the Ministry of Health of Russia in St. Petersburg, Russia

Summary. This article assessed some indicators of health of the population of the Grodno region of the Republic of Belarus from 2015 to 2019, defined socio-economic problems of the region and made some recommendations.

Key words: health, population, Grodno oblast, Republic of Belarus

Актуальность: Социально-экономическое развитие любого региона зависит от множества факторов: политических, экономических, природно-климатических, территориально-географического положения и т. д. Также на развитие региона влияет и сложившаяся медико-демографическая ситуация, заболеваемость, поэтому важно проводить её оценку в динамике для разработки рекомендаций, постановки целей и задач для улучшения показателей здоровья.

Цель: Изучить и оценить медико-демографическую ситуацию, заболеваемость в Гродненской области Республики Беларусь за период с 2015 г. по 2019 г., дать некоторые рекомендации по улучшению исследованных показателей в регионе.

Материалы и методы: Отчетные документы Национального статистического комитета Республики Беларусь, санитарно-статистические методы, аналитические методы, Microsoft Word, Microsoft Excel.

Рузультаты: Гродненская область является субъектом, входящим в состав Республики Беларусь. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь численность населения Гродненской области в 2019 году составляет 1039278 чел., в том числе городское население – 76,1% от общей численности населения и сельское – 23,9%. При анализе динамики было выявлено, что численность населения области за период с 2015 по 2019 годы уменьшилась на 1,3%.

При распределении населения Гродненской области на 2019 год доля населения старше трудоспособного возраста (25,1 % от всей численности населения) преобладает над долей населения моложе трудоспособного возраста (18,4% от всей численности населения). Динамика возрастной структуры населения области за период с 2015 по 2019 годы характеризуется увеличением на 4,5% численности населения моложе трудоспособного возраста и уменьшением на 0,4% численности населения старше трудоспособного возраста и на 3,4% численности лиц трудоспособного возраста.

Естественный прирост населения на 2018г. в Гродненской области составил -3,8, что свидетельствует о неблагополучной социально-экономической обстановке в регионе.

Репозиторий ГрГМУ

Показатель общей рождаемости в Гродненской области за 2018 г. можно оценить как низкий (составляет 10,2‰). В динамике с 2015 по 2018 годы данный показатель уменьшился на 2,8 ‰ (2015 г. – 13,0‰).

Показатель смертности в Гродненской области за 2018 г. составляет 14,0‰, что можно оценить как средний уровень. Среди причин смертности в Гродненской области на 2018 г. первое место занимают болезни системы кровообращения (804 на 100 000 человек населения), второе – новообразования (179,2 на 100 000 человек населения), третье – болезни нервной системы и органов чувств (90,5 на 100 000 человек населения). Анализируя динамику смертности в регионе с 2015 по 2018 годы, отмечается увеличение показателя на 0,2‰ (2015 г. – 13,8‰).

Младенческая смертность в Гродненской области на 2018 год составила 3,6‰, что характеризуется низким значением. Коэффициент младенческой смертности в области в 2018 году по сравнению с 2015 годом увеличился на 0,4‰. (2012 г. – 3,2‰).

Ожидаемая продолжительность жизни населения в динамике с 2015 по 2019 годы увеличилась на 0,8% (2015 год – 73,7 года; 2019 год – 74,3 года).

Обеспеченность больничными койками в 2019 году населения Гродненской области составила 83,5 на 10000 населения. В динамике с 2015 по 2019 годы данный показатель в регионе уменьшился на 8,5% (2015г. 89,2 на 10 000 населения).

В 2019 г. обеспеченность населения врачами в Гродненской области составило 53,6 на 10 000 населения. Данный показатель с 2015 по 2019 годы в области увеличился на 3,4% (2015г.-50,7 на 10 000 населения).

Первичная заболеваемость среди взрослого населения Гродненской области имеет тенденцию к увеличению. Так с 2015 по 2018 годы данный показатель увеличился на 8,3%. (2015 год – 71262,7 на 100 000 человек населения; 2018 год – 77882,7 на 100 000 человек населения).

Анализ первичной заболеваемости среди взрослого населения Гродненской области по основным классам болезней на 2018 год показал, что первое место занимают болезни органов дыхания (43937,1 на 100 000 человек населения), второе – внешние причины (7328,8 на 100 000 человек населения), третье – болезни кожи подкожной клетчатки (3587,4 на 100 000 человек населения).

Анализируя первичную заболеваемость в динамике с 2015 по 2018 годы было выявлено **увеличение на 25,1%** числа случаев болезней системы кровообращения (2015 г. – 2368,4 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 2963,1 на 100 000 человек населения), **увеличение на 16,1%** числа случаев болезней уха и сосцевидного отростка (2015 г. – 1637,4 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 1901,7 на 100 000 человек населения), **увеличение на 15,7%** числа случаев заболеваний органов пищеварения (2015 г. – 2337,6 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 2705,0 на 100 000 человек населения), **увеличение на 15,7%** числа случаев врождённых аномалий, деформаций и врождённых нарушений (2015 г. –59,3 на 100 000 человек населения; 2018 г. –

Репозиторий ГрГМУ

68,6 на 100 000 человек населения), **увеличение на 14,4%** числа случаев болезней органов дыхания (2015 г. –38409,2 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 43937,1 на 100 000 человек населения), **увеличение на 13,5%** числа случаев новообразований (2015 г. – 883,8 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 1002,8 на 100 000 человек населения), **увеличение на 13,2%** числа случаев заболеваний мочеполовой системы (2015 г. –1643,8 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 1860,7 на 100 000 человек населения), **увеличение на 5,8%** числа случаев болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (2015 г. – 632 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 669 на 100 000 человек населения), **увеличение на 5,2%** числа случаев заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани (2015 г. – 2853,6 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 3003,3 на 100 000 человек населения), **увеличение на 4%** числа случаев некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (2015 г. – 3089,1 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 3214,1 на 100 000 человек населения), **увеличение на 1,6%** числа случаев болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающие иммунные механизмы (2015 г. – 382,9 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 389 на 100 000 человек населения).

Отмечается также увеличение первичной заболеваемости среди детского населения Гродненской области. Так с 2015 по 2018 годы данный показатель увеличился на 4,6%. (2015 год – 171099,8 на 100 000 человек населения; 2018 год – 178950,1 на 100 000 человек населения).

Анализ первичной заболеваемости среди детского населения Гродненской области по основным классам болезней на 2018 год показал, что первое место занимают болезни органов дыхания (141396,9 на 100 000 человек населения), второе – внешние причины (8253,6 на 100 000 человек населения), третье – некоторые инфекционные и паразитарные заболевания (5809,9 на 100 000 человек населения).

При анализе первичной заболеваемости среди детского населения в Гродненской области в динамике с 2015 по 2018 годы отмечается **увеличение на 23,6%** числа случаев болезней уха и сосцевидного отростка (2015 г. – 2718,3 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 3359,1 на 100 000 человек населения), **увеличение на 10,3%** числа случаев врождённых аномалий, деформаций и врождённых нарушений (2015 г. – 242,8 на 100 000 человек населения, **увеличение на 9,3%** числа случаев болезней глаза и его придаточного аппарата (2015 г. – 3484,8 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 3810,0 на 100 000 человек населения), **увеличение на 8%** числа случаев некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (2015 г. – 5379,5 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 5809,9 на 100 000 человек населения), **увеличение на 6,6%** числа случаев болезней органов дыхания (2015 г. – 132581,0 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 141396,9 на 100 000 человек населения), **увеличение на 3,2%** числа случаев новообразований (2015 г. – 98,0 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 101,1 на 100 000 человек населения), 2018 г. – 267,7 на 100 000 человек населения), **увеличение на 3,2%** числа случаев травм, отравлений и некоторых

Репозиторий ГрГМУ

других последствий воздействия внешних причин (2015 г. – 7997,4 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 8253,6 на 100 000 человек населения).

При оценки заболеваемости отдельными инфекционными заболеваниями населения Гродненской области было выявлено **увеличение в 42 раза** числа случаев заболевания корью (2015 г. – 0,1 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 4,2 на 100 000 человек населения), **увеличение на 38,2%** числа случаев коклюша (2015 г. – 5,5 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 7,6 на 100 000 человек населения). **увеличение на 37,9%** числа случаев сальмонеллезной инфекции (2015 г. – 75,4 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 84,6 на 100 000 человек населения), **увеличение на 22,8%** числа случаев гриппа и острых инфекций верхних дыхательных путей (2015 г. – 33097,1 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 26947,9 на 100 000 человек населения), **увеличение на 12,2%** числа случаев острых кишечных инфекций (2015 г. – 75,4 на 100 000 человек населения; 2018 г. – 84,6 на 100 000 человек населения).

Выводы: Анализ некоторых показателей здоровья населения в Гродненской области показал, что необходим контроль со стороны исполнительных и законодательных органов власти для изменения сложившейся ситуации, а именно увеличения рождаемости, снижение смертности и заболеваемости населения. Особенно необходим контроль над выполнением профилактических прививок для детей. Необходимо обратить внимание на диспансеризацию отдельных групп населения Гродненской области Республики Беларусь.

Литература

1. Главное статистическое управление Гродненской области [Электронный ресурс] URL:https://grodno.belstat.gov.by/
2. Статистический ежегодник Гродненской области 2019: Статистический сборник/ Ред. колл.: С. Л. Щирая, Л. М. Хаустович, Е. А. Фильшина, Г. В. Станкевич, Ж. П. Мельниченко – Минск: Белстат, 2019. – 472 с.

ДИАГНОСТИКА ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Косцова Л. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлены методы диагностики потери беременности ранних сроков. Отмечен наиболее информативный метод диагностики. Выделены сроки беременности, на которых чаще всего происходит гибель плодного яйца.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, диагностика, ультразвуковой метод исследования.

Репозиторий ГрГМУ

DIAGNOSIS OF EARLY PREGNANCY LOSS

Kostsova L. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents methods for diagnosing early pregnancy loss. The most informative diagnostic method is marked. The terms of pregnancy at which the death of the fetal egg most often occurs are highlighted.

Key words: non-developing pregnancy, diagnostics, ultrasound method of research.

Невынашивание беременности – проблема практического акушерства, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает [1].

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion), т.е. гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки – неразвивающаяся беременность [2].

Диагностировать потерю беременности ранних сроков можно с помощью физикального, лабораторного и инструментального исследования. Однако, ультразвуковой метод исследования – наиболее информативный метод диагностики, позволяющий обнаружить неразвивающуюся беременность задолго до возникновения клинических симптомов [3].

Цель. Диагностика ранней гибели эмбриона и/или плода с помощью ультразвукового метода исследования.

Методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 72 историй болезни женщин с потерей беременности в ранние сроки в возрасте 18-45 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Выполнена оценка клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Всем женщинам проводили трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование на аппарате Samsung «Medison 5500».

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждения. Поводом для обращения женщин в гинекологическое отделение служили: жалобы на боли внизу живота – 68,1%, 23,6% пациенток предъявляли жалобы на кровянистые выделения из половых путей, у 8,3% женщин отсутствовали жалобы. Диагноз у обследованных установлен в условиях женской консультации на основании результатов ультразвукового исследования.

При анализе выявлено, что большинство пациенток находилось в возрасте 20-35лет – 76,4%, в возрасте 35-45 лет – 13,9% и 9,7% женщин в

Репозиторий ГрГМУ

возрасте 18-20 лет. В зарегистрированном браке находились 81,9% женщин, 18,1% – в гражданском браке.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил 13,4±1,3лет, продолжительность менструального цикла – 26,1±2,2 дней, длительность менструации – 4,2 ± 0,7 дней. В анамнезе у 12,5% женщин отмечены нарушения менструального цикла. Возраст начала половой жизни составил в среднем 18,7±1,8 лет.

Неразвивающаяся беременность была зарегистрирована у 41,7% первобеременных женщин и у 58,3% повторнобеременных женщин. Наличие повторной неразвивающейся беременности являлось критерием исключения.

Отмечено, что гинекологический анамнез отягощен более чем у половины пациенток – 58,3%. Экстрагенитальная патология отмечена у 51,4% женщин.

Установлено, что частота встречаемости неразвивающейся беременности у большинства пациенток (62,5%) имела место в сроке беременности 7-8 недель, что соответствует периоду органогенеза.

По данным ультразвукового исследования – у 90,3% выявлено отсутствие сердцебиения плода (эмбриона), т.е. плодное яйцо и эмбрион обычной формы и размеров без признаков жизнедеятельности плода. У 9,7% – анэмбриония, т.е. отсутствие эмбриона в полости плодного яйца после 7 недель беременности. Плодное яйцо имеет меньшие размеры, чем положено по предполагаемому гестационному возрасту, децидуальная оболочка имеет прерывистый контур, эмбрион не визуализируется или же плодное яйцо по размерам соответствует сроку гестации, эмбрион может визуализироваться, но очень маленьких размеров и без сердцебиения. Нередко имеет место ретрохориальная гематома.

Таким образом, гибель плодного яйца чаще происходит в сроке беременности 7-8 недель, причём, у большинства (90,3%) согласно данным ультразвукового исследования выявлено отсутствие сердцебиения плода (эмбриона).

Выводы. Ранняя диагностика потери беременности имеет большое практическое значение, поскольку она способствует сокращению сроков обследования женщин и уменьшению риска возникновения осложнений, связанных с длительным пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки. Достоверный диагноз неразвивающейся беременности устанавливается посредством ультразвукового исследования в комплексе с клиническими и лабораторными данными.

Литература

1. Можейко, Л. Ф. Невынашивание беременности: учебно- методическое пособие / Л. Ф. Можейко, Е. Н. Кириллова, Р. Л. Коршикова. – Минск: БГМУ, 2013. – 28 с.
2. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 200 с.
3. Айламазян, Э. К. Акушерство: национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.

Репозиторий ГрГМУ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж. М.[1], Ильина С. Н.[1], Солодовникова Н. Г.[1], Ромашко А. А.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Пульс-терапия метилпреднизолона по представленной схеме эффективная и безопасная для лечения пациентов с эндокринной офтальмопатией средней степени тяжести. Еженедельный режим введения позволяет сократить сроки пребывания пациента в стационаре и проводить лечение в условиях районных медицинских центров.

Ключевые слова: эндокринная офтальмопатия, метилпреднизолон, лечение.

APPLICATION OF METHYLPREDISONALON IN TREATMENT OF ENDOCRINE OPHTHALMOPATHY

Krynets Zh. M.[1], Ilyina S. N.[1], Solodovnikova N. G.[1], Romashko A. A.[2]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. The pulse therapy of methylprednisolone according to the presented scheme is effective and safe for the treatment of patients with moderate severity of endocrine ophthalmopathy. The weekly regimen of administration allows reducing the length of the patient's stay in the hospital and conducting it in the conditions of regional medical centers.

Key words: endocrine ophthalmopathy, methylprednisolone, treatment.

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является одной из сложных патологий в офтальмологии и эндокринологии, которая сопровождается патологическими изменениями в мягких тканях орбиты, а также придаточного аппарата глаза. Ее иммунопатологическим маркером служит наличие в крови антител к мембранам глазодвигательных мышц и фибробластам орбитальной клетчатки.

Несмотря на активное изучение патогенеза офтальмопатии, поиск новых методов лечения должного успеха не имеет, поэтому препаратами выбора в лечении активной фазы ЭОП среднего и тяжелого течения остаются глюкокортикоиды (ГК). Благодаря длительному периоду выведения из организма метилпреднизолона (МП) и относительно редкой частоте побочных эффектов, в последние годы предпочтение имеет данный препарат, вводимый

Репозиторий ГрГМУ

внутривенно методом пульс–терапии, но нет четкости в определении режима дозирования и длительности лечении ЭОП.

В настоящее время существуют различные режимы внутривенного введения ГК, но преимущество какого – либо из них доказаны мало. Наиболее часто используемые дозировки препаратов по 1000мг, 500мг и 250 мг в сутки. Проведенные исследования по сравнению различных доз метилпреднизолона показали, что средние дозы препарата предпочтительно использовать при ЭОП средней тяжести, тогда как более высокие дозы необходимы при тяжелой ЭОП [1, 2]. Если ЭОП соответствует средней степени тяжести, кумулятивная доза введения препарата составляет 4 грамма, тяжелая степень – 7 грамм [3, 4].

Таким образом, в настоящее время подбор пульс-терапии для лечения ЭОП проводится в зависимости от предпочтений лечащего врача с учетом степени тяжести процесса и оценки общего состояния пациента и обязательным расчетом суммарной дозы вводимого препарата.

Цель исследования. Оптимизация лечения эндокринной офтальмопатии методом пульс-терапии МП и оценка его клинической эффективности.

Методы исследования. Проведён анализ комплексного офтальмологического обследования и лечения 30 пациентов (60 орбит) с эндокринной офтальмопатией, находящихся в Гродненской университетской клинике в период с 2018 по 2020 гг.

План клинического обследования пациентов включал сбор анамнеза, стандартное офтальмологическое обследование, оценку активности эндокринной офтальмопатии с помощью шкалы клинической активности CAS(ClinicalActivityScore) и оценку степени тяжести течения процесса.

Критерии включения пациентов в исследование: наличие активной фазы ЭОП средней степени тяжести процесса.

Критериями исключения пациентов: патология ЖКТ в стадии обострения, сахарный диабет в стадии декомпенсации, заболевания печени, почек в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. По гендерному признаку преобладали женщины – 23 (76,67%), мужчин было – 7 (23,33%), возраст пациентов варьировал от 19 до 67 лет, медиана составила 41 (28;51) год. Распространенность ЭОП определена выше в возрастной группе от 40 до 49 лет. Во всех случаях диагностирована активная фаза ЭОП (3 и более баллов по CAS).

Сопутствующая патология щитовидной железы у пациентов, включенных в исследование: первичный гипотиреоз – 27,0%, болезнь Грейвса – 59,0%, после проведенной ранее тиреоидэктомии – 14,0%. В течение всего времени наблюдения эутиреоз у пациентов поддерживали, комбинируя тиреостатики и L-тироксин. Длительность заболевания ЭОП варьировала от трех месяцев до четырех лет.

Наиболее частыми признаками и симптомами офтальмопатии были косметический дискомфорт (85,1%), сухость, песок в глазах (83,8%), отеки век (82,7%), покраснение конъюнктивы и слезного мясца (73,6%), экзофтальм (17,3%). Болевой синдром беспокоил не более 14% пациентов. Жалобы на

Репозиторий ГрГМУ

двоение предъявляли 6 пациентов, отклонение глазного яблока отмечалось у 8 пациентов.

Результаты диагностического офтальмологического обследования до начала лечения показали у всех пациентов наличие выстояния глазного яблока, по сравнению с нормой, на 4-7 мм (в среднем 5,7±1,2 мм); наличие ретракции век, положительных симптомов Грефе, Кохера, Мебиуса, расширение глазной щели.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии, миогенный вариант ЭОП определен в 20 орбитах, смешанный вариант – в 26 и липогенный вариант – в 14 орбитах.

Для лечения пациентов использована схема введения препарата: 500 мг метилпреднизолона внутривенно капельно медленно 1 раз в неделю в течение 6 недель, затем 250 мг метилпреднизолона 1 раз в неделю в течение 6 недель.Кумулятивная доза составила 4 500мг.

Проведена оценка динамики офтальмологических показателей через 1, 2 и 3 месяцев. В результате лечения все пациенты отметили субъективное улучшение состояния глаз, что выражалось в уменьшении чувства тяжести, давления в глазах, исчезли неприятные ощущения при движении глазных яблок и косметический дискомфорт. Через 1 месяц от начала терапии показатели ретракции век и симптом Мебиуса существенно не изменились. Через 2 и 3 месяца наблюдалось статистически значимое уменьшение данных изменений по сравнению с исходным. Оценка симптома отека век по временным срезам также показала резкое уменьшение на фоне проводимой терапии. Через 1 месяц отек век обнаружен со стороны 38 орбит {66.67(54.06;77.27)%}, через 2 месяца – 32{60(47.37;71.43)%} и через 12 месяцев отек обнаружен со стороны 14 орбит{40(28.57;52.63)%}.

Отмечается достоверное уменьшение экзофтальма по сравнению с исходным (с 19,06±0,3 до 18,06±0,25 через 2 месяца и до 17,53±0,23 через 3 месяца). Показатели динамики экзофтальма представлены в таблице 1.

Таблица 1 –Показатели динамики экзофтальма в процессе лечения

Показатель	до лечения	через 1мес	через 2 мес	через 3 мес
орбиты	(n=60)	(n=60)	(n=60)	(n=60)
Min	15	14	14	14
Max	26	25	23	23
M±m	19.06±0.3	18.84±0.29	18.06±0.25	17.53±0.23
Me(Q1;Q3)	18(17;21)	18(17;20)	18(17;20)	17(16;18)

У 3 пациентов (6 орбит) все же сохранился небольшой ассиметричный экзофтальм, в пределах 1-2 мм, сочетающийся с незначительным ограничением подвижности глазного яблока.

Показатели ширины глазной щели через 1 месяц наблюдения незначительно уменьшились по сравнению с исходными (11.66±0.23), через 2 месяца от начала наблюдения глазная щель уменьшилась – 9.86±0.18.

Репозиторий ГрГМУ

Через 3 месяца размер глазной щели достиг 8.57±0.11. Показатели ширины глазной щели представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели ширины глазной щели за период наблюдения

	Показатели ширины глазной щели (мм)			
	до лечения	через 1 мес	через 2 мес	через 3 мес
Min	8	8	8	7
Max	16	16	14	11
M±m	11.66±0.23	11.19±0.21	9.86±0.18	8.57±0.11
Me(Q1;Q3)	11(10;13)	11(10;12)	10(9;11)	8(8;9)
W-статистика	W=1133, p=0***	W=1319.5, p=2e-04***	W=2052, p=0.8203	W=2954, p=0***

Жалобы, которые пациенты предъявляли на момент введения препарата и в первые сутки: гиперемия лица – 22,0%, тахикардия – 12,0%, брадикардия – 7,0%, бессонница – 23,0%, тошнота – 4,0%.

За период наблюдения у всех пациентов показатели общего белка, креатинина, калия, натрия, билирубина, уровни АЛТ и АС соответствовали норме. Не было выявлено клинически значимых отклонений в общем анализе крови и общем анализе мочи. При оценке динамики артериального давления в группе за весь период наблюдения не выявлено достоверного повышения как систолического, так и диастолического АД по сравнению с исходным. Только двум пациентам из этой группы была начата гипотензивная терапия, двум пациентам – усилена гипотензивная терапия. Через 1 месяц после отмены терапии показатели систолического и диастолического АД достоверно не отличались от исходных.

Выводы. Анализ результатов проведения пульс – терапии метилпреднизолона по представленной схеме с кумулятивной дозой 4500 мг показал эффективность и безопасность данного подхода в лечении ЭОП. Использование пульс – терапии в еженедельном режиме позволяет сократить сроки пребывания пациента в стационаре и проводить лечение в условиях районных медицинских центров.

Литература

1. Бровкина, А. Ф. Эндокринная офтальмопатия / А. Ф. Бровкина. – М.: Гэотар-Мед, 2008. – 176 с.
2. Bartalena L. Glucocorticoids for Graves' ophthalmopathy: Howand When? // J. Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2005. – Vol. 90, № 5. – P. 5497-5499.
3. Efficacy and safety of three different cumulative dose of intravenous methylprednisolone for moderate to severe and active Graves' ophthalmopathy / L. Bartalena [et al.] //J.Clin. Endocrinol. Metab. – 2012. – Vol. 97, № 12. – P. 4454-4463.
4. Туховская, М. В. Подходы к консервативным методам лечения эндокринной офтальмопатии / М. В Туховская, Д.В.Липатов, И.М. Беловалова. // Офтальмология. — 2008. – Т. 5. № 3. – С. 19-24.

Репозиторий ГрГМУ

ВЛИЯНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В., Павловская М. А., Кузьмич И. И.[1]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь[1]

Резюме. Генитальный эндометриоз представляет собой серьезный фактор риска возникновения осложнений во время беременности, причем не только при ранних сроках, но также и во втором и третьем триместрах беременности и даже в послеродовом периодах.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, беременность, роды.

INFLUENCE OF GENITAL ENDOMETRIOSIS ON IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN

Kukharchyk Y. V., Gutikova L. V., Pavlovskaya M. A., Kuzmich I. I.[1]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus[1]

Summary. Genital endometriosis is a serious risk factor for complications during pregnancy, not only in the early stages, but also in the second and third trimesters of pregnancy and even in the postpartum period.

Key words: genital endometriosis, pregnancy, childbirth.

Введение. Генитальный эндометриоз – наиболее распространенное гинекологическое заболевание, которое чаще встречается в репродуктивном возрасте – от 20 до 40 лет [1, 3].

Эта проблема актуальна не только в медицинском, но и в социальном аспекте, так как это заболевание сопровождается выраженными нарушениями репродуктивной функции, значительным болевым синдромом, нарушением функции смежных органов, а также изменением качества жизни женщин, снижением трудоспособности. В последнее время отмечено увеличение частоты генитального эндометриоза практически в 1,5 раза, особенно у урбанизированных женщин с высоким уровнем техногенной нагрузки, планирующих в будущем беременность и роды [1, 3, 5].

Цель. Анализ влияния генитального эндометриоза на реализацию репродуктивной функции женщин для обоснования критических сроков осложненного течения гестации.

Репозиторий ГрГМУ

Материал и методы. Нами проведено комплексное обследование 210 беременных. Основную группу составили 160 беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, в возрасте от 22 до 34 лет (средний возраст 28,2±3,8 года), находившиеся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно». В контрольную группу вошли 50 здоровых женщин в возрасте от 20 до 36 лет (в среднем 24±2,2 года) с нормально протекающей беременностью, которая закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

Результаты и обсуждение. У 100% обследованных женщин, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, гестационный процесс был осложнен. По нашим данным, угроза раннего и позднего выкидыша в сроках 6-10 недель и 18-21 неделя отмечена у 50% и 30% соответственно. Преждевременные роды в сроке 32-36 недель имели место у каждой четвертой женщины (25%). Плацентарные нарушения различной степени тяжести выявлены у всех обследованных беременных, причем в стадии компенсации у 65%, субкомпенсации у 25%, декомпенсации у 10%. Нами обнаружено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено у каждой пятой (у 20% женщин), плодово-плацентарного IB степени – в 15% случаев, нарушения II степени – у каждой десятой (в 10% случаев), нарушений III степени обнаружено не было. Следует отметить, что хроническая внутриутробная гипоксия плода нами выявлена у 35% женщин, задержка внутриутробного развития плода – в каждом пятом случае (20%), в том числе присутствовало также сочетание гипоксии и задержки роста плода у 15% беременных. Анализ ультразвукового исследования в динамике с ранних сроков беременности (I триместр) показал, что из 32 случаев задержки роста плода в 24 (75%) имело место отставание гестационного возраста плода/эмбриона на 1-2 недели. В этой связи мы полагаем, что задержка внутриутробного развития плода может быть прогнозируемой с ранних сроков гестации и диагностироваться в 75% случаев у женщин с иммунопатологическими и дисгормональными процессами в догестационном периоде.

По нашим данным, аномалии родовой деятельности были диагностированы у 60% рожениц основной группы (χ^2 =13,76; $p_{о-к}$<0,01). При этом общая кровопотеря в родах превышала данные контрольной группы на 106±20 мл. В 35% случаев в группе женщин, ранее леченных по поводу генитального эндометриоза, выполнена операция кесарева сечения(χ^2 =23,86; $p_{о-к}$<0,01). Показаниями к оперативному родоразрешению являлись: длительное бесплодие, плацентарные нарушения (гипоксия и задержка роста и развития плода), несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, усугубление степени тяжести преэклампсии, упорная слабость родовой деятельности.

Мы обнаружили, что оценка новорожденных основной группы по шкале Апгар при рождении через естественные родовые пути в среднем составила 7,1±1,2 балла, путем кесарева сечения – 6,8±0,5 балла, что может свидетельствовать, с одной стороны, о том, что данные женщины относятся к

Репозиторий ГрГМУ

группе высокого перинатального риска, а с другой стороны, о своевременной и адекватно выбранной тактике родоразрешения в интересах плода.

На основании результатов проведения гормонального обследования, у беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, первоначально наблюдается особое напряжение фетоплацентарного комплекса в сроке 18-22 недель с повышением уровня эстриола на 40% по сравнению с контролем ($p<0,05$). В этой связи мы полагаем, что компенсированное состояние метаболических процессов фетоплацентарного комплекса у обследованных женщин основной группы переходит в состояние декомпенсации. Так, имело место снижение уровня эстриола в сроке 30-34 недель в среднем на 15% ($p<0,05$).

В наших наблюдениях перинатальные потери отсутствовали. Тем не менее, нами отмечено достоверное снижение массы, роста и массо-ростового коэффициента у новорожденных от матерей основной группы ($p<0,05$). Также в этой группе отмечена более высокая заболеваемость новорожденных, а именно: поражение ЦНС гипоксически-ишемического характера выявлено в 30% случаев (2% – в контрольной группе), коагулопатический синдром – в 22,5% наблюдений (2% – в контроле) ($p<0,05$).

По нашим данным, морфологическое исследование последов в основной группе показало нарушение компенсаторно-приспособительных реакций, что было выражено в недостаточной или чрезмерной васкуляризации концевых ворсин, единичных некрозах стромы, в резком расширении и склеротическом изменении сосудов, в полнокровии межворсинчатого пространства, наличии инфарктов плацентарной ткани, большем количестве синтициальных узелков, очагов фибриноидного некроза, тромбоза и кровоизлияний. Нами обнаружено, что компенсаторно-приспособительные реакции были более выражены в центральных и менее в периферических отделах плаценты.

Выводы. Генитальный эндометриоз представляет собой серьезный фактор риска возникновения осложнений во время беременности, причем не только при ранних сроках, но также и во втором и третьем триместрах беременности и даже в послеродовом периодах.

Эндометриоз – это комплексная междисциплинарная проблема. Беременные, ранее леченные по поводу генитального эндометриоза и получавшие длительно гормональное лечение в догестационном периоде, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса, а именно – по невынашиванию и недонашиванию беременности, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и задержке роста плода, аномалиям родовой деятельности. Критическими для этих женщин являются сроки гестации 6-12 недель, 18-22 недель, 30-34 недели беременности, что может быть связано с нарушением гормон-продуцирующей функции плаценты. Осложненное течение беременности у женщин с генитальным эндометриозом обосновывают необходимость разработки комплексной программы профилактики гестационных и перинатальных осложнений у данного контингента женщин.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клинико-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи / А. Л. Унанян [и др.]//Акушерство и гинекология. – 2018. – № 10. – С.136-40. https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.10.136-140.
2. Benaglia, L. Pregnancy outcome in women with endometriomas achieving pregnancy through IVF/ L. Benaglia, A. Bermejo, E. Somigliana, C. Scarduelli, G. Ragni, L. Fedele, J. A. Garcia-Velasco// Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27, № 6. – P. 1663-7.
3. Berlac, J. F. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications / J. F. Berlac, D. Hartwell, C. W. Skovlund, J. Langhoff-Roos, O. Lidegaard // Acta Obstet. Gynecol.Scand. – 2017. – Vol. 96, № 6. – P. 751-760.
4. Brosens, I. Risks of adverse pregnancy outcome in endometriosis / I. Brosens, J. J. Brosens, L. Fusi, M. Al-Sabbagh, K. Kuroda, G. Benagiano // Fertility and sterility.- 2012. – Vol. 98, № 1. – P. 30-5. – DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.02.024.
5. Giudice, L. C. Endometrisis: Science and Practice/ L. C. Giudice, J. L. H. Evers, D. L. Healy. – Wiley-Blackwell, A John Wley &Sons, Ltd., Publication, 2012. – 428 p.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Малкин М. Г., Сурмач Е. М., Хихол В. А., Якуть А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. выполнен анализ уровня тревоги/депрессии у пациентов, подвергшихся оперативному лечению патологии тазобедренного сустава. Выявлены нормативные средние значения уровня тревоги/депрессии, уровень тревоги в группах независимо от пола выше, чем уровень депрессии.

Ключевые слова: тревога, депрессия, пол, тотальное эндопротезирование.

SEX DIFFERENCES IN ANXIETY/DEPRESSION SYMPTOMS OF TRAUMATOLOGY DEPARTMENT PATIENTS

Malkhin M. R., Surmach K. M., Khikhol V. A., Yakuts H. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. it was analyzed the level of anxiety/depression in patients after the total arthroplasty of the pathology of the hip joint. The average level of the anxiety/depression was normal; the level of anxiety was higher than depression regardless of sex.

Key words: anxiety, depression, sex, total arthroplasty.

Репозиторий ГрГМУ

Актуальность: Тревога и депрессия – частые коморбидные состояния, сопровождающие пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата. Так, обзор 49 исследований указывает, что 20% пациентов с патологией суставов имеют симптомы тревоги/депрессии. Диагностика данных симптомов позволяет своевременно назначить терапию, улучшить качество жизни пациентов, сократить количество послеоперационных осложнений и ускорить процесс реабилитации [1]. Согласно результатам исследований уровень тревоги/депрессии выше у пациенток женщин, чем у мужчин, что приводит к снижению порога болевой чувствительности, например, и требует дополнительной медикаментозной коррекции в периоперационном периоде. Ряд авторов предлагает использование анксиолитиков при подготовке таких пациентов к оперативному вмешательству [2, 3]. Исследователи полагают, что генетические факторы, а также гормональный статус могут играть определенную роль в гендерных различиях уровня тревоги/депрессии у пациентов [4]. Согласно литературным данным уровень тревоги /депрессии выше до оперативного вмешательства, снижается через 3-6 месяцев после операции независимо от пола пациента [5].

Цель: оценить и проанализировать распространённость и уровень тревоги и депрессии в зависимости от пола у пациентов с переломом шейки бедренной кости и остеоартритом тазобедренного сустава после выполненного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 48 пациентов. Средний возраст опрошенных пациентов – 60,2±10,5.

Респонденты были разделены на 2 группы: 18 мужчин (группа 1) и 30 женщин (группа 2). Различия в возрастном составе в группах отсутствовали. Для скрининга тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – методика для пациентов соматического стационара (Zigmond A. C., Snaith R. P, 1983). Шкала является предпочтительной для использования, поскольку позволяет одновременно оценить наличие и глубину тревоги и депрессии. Валидность и чувствительность шкалы подтверждены не только зарубежными, но и отечественными авторами. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, а также $\chi 2$ Пирсона. Уровень $p<0,05$ был принят как статистически значимый.

Результаты: средний возраст мужчин составил 57,6±10,9, женщин – 61,7±10,2. В группе 1 (n=18) показатель тревоги – 5 [4-7], депрессии – 4,5 [1-6], а в группе 2 (n=30) – показатель тревоги 6 [5-9], депрессии 5 [3-8]. Достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии между группами не найдены.

Результаты скрининг диагностики показали нормативные значения показателей тревоги у 29% группы 1 и 35% группы 2 (0-7 баллов по шкале HADS). У 31% респондентов группы 1 и 46% группы 2 депрессия отсутствовала (показатели госпитальной шкалы тревоги/депрессии не превышали 7 баллов).

Из 48 респондентов в обеих группах у 13% был выявлен клинически выраженный уровень тревоги (11 и более баллов по шкале HADS). Клинически

Репозиторий ГрГМУ

выраженная депрессия (11 и более баллов по шкале HADS) в группе 1 составила 2%, в группе 2-4%. Пациенты в группах, имеющие клинически выраженный уровень тревоги независимо от пола, не предъявляли жалоб, позволяющих предположить ее наличие.

Остальные опрошенные пациенты имели субклинические значения тревоги и депрессии (8-10 баллов по шкале HADS). Достоверных различий при оценке тяжести тревоги/депрессии между группами выявлено не было.

Выводы:

1. Уровень тревоги/депрессии в группах имеет нормативные значения и не отличается у мужчин и женщин с остеоартритом и переломом шейки бедренной кости после выполненного оперативного вмешательства.

2. Уровень клинически выраженной тревоги в группах независимо от пола выше, чем уровень депрессии.

3. Клинически выраженная тревога в группах независимо от пола, пациентами не осознается, диагностируется с использованием психометрической шкалы.

Литература

1. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges / A. Sharma [et al.] // Open Access Rheumatol. – 2016. – № 8. – P. 103-113.
2. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives / M. Altemus [et al.] // Front Neuroendocrinol. – 2014. – Vol. 35, № 3. – 320-330.
3. Kinrys G. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment / G. Kinrys, L. E. Wygant // Braz J Psychiatry. – 2005. – №27. – P. 43-50.
4. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis / B. Stubbs [et al.] // Age and Ageing. – 2016. – Vol. 45, № 2. – P. 228-235.
5. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men / C. Kuehner // Lancet Psychiatry. – 2017. – Vol. 4, № 2. – P. 146-158.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Мисюк Л. Ф., Якубова Л. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлены новые подходы к повышению эффективности работы первичной медицинской помощи (ПМП). Описана организация работы врача общей практики (ВОП) и перспективы стоящие перед ПМП.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, неинфекционные заболевания, врач общей практики, заботливая поликлиника, симуляционное обучение.

Репозиторий ГрГМУ

PRIMARY HEALTH CARE: A LOOK INTO THE FUTURE

Misyuk L.F., Yakubova L. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article presents new approaches to improving the effectiveness of primary health care (PHC). The organization of work of a general practitioner and the prospects facing PHC are described.

Key words: primary health care, noninfectious diseases, general practitioner, caring clinic, simulation training.

Приоритет развития ПМП, обеспечение доступности медицинской помощи являются основными принципами государственной политики в области здравоохранения. Принятие Алма-Атинской декларации в 1978 г. утвердило основополагающую роль первичного звена здравоохранения в обеспечении всеобщего охвата населения доступной и качественной медицинской помощью [1]. Цели и принципы Алма-Атинской декларации – доступность и равные права на получение необходимой помощи, комплексность, непрерывность, профилактическая направленность здравоохранения, социальная справедливость и вовлечение общества в решение вопросов здоровья – актуальны и сегодня.

В XXI веке основной угрозой для общественного здоровья являются неинфекционные заболевания (НИЗ), движущими факторами которых выступают поведенческие риски: курение, употребление алкоголя, низкая физическая активность, недостаточно полноценное питание. Именно на первичном уровне ПМП создаются оптимальные условия для профилактики этих факторов риска.

Значительный импульс развитию ПМП в Беларуси придала Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг., которой установлены целевые показатели и временные рамки поэтапной модернизации отрасли [2]. Задачи государственной программы состоят в снижении влияния НИЗ на показатели преждевременной смертности и общей заболеваемости среди трудоспособного населения, уменьшении воздействия факторов риска НИЗ на здоровье людей, обеспечение профилактики НИЗ на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего охвата населения доступной и качественной ПМП. Одним из целевых показателей данной государственной программы, является увеличение доли ВОП в общем количестве врачей первичного звена с 20% в 2016 г. до 100% в 2020 г.

Поэтапный переход к общеврачебной практике с внедрением реорганизации работы участковой службы по принципу врача общей практики, «команды», (врач, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинская медсестра) завершается в 2020 году. При правильной организации работы первичного звена 80—90% проблем со здоровьем населения могут и

Репозиторий ГрГМУ

должны решаться именно на этом уровне [3]. Сейчас ВОП – специалист, который компетентен практически во всех НИЗ. В Республике Беларусь организация работы ВОП регламентирована приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики». В п. 3 приказа отмечается, что «медицинская помощь оказывается врачами общей практики в области терапии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, акушерства и гинекологии, хирургии, эндокринологии и других областях в условиях городского населенного пункта, а также в области педиатрии в условиях сельского населенного пункта». Таким образом, в сельской местности сделан акцент на ВОП, а в городе – сохраняются функции врача-педиатра.

Важно, что пациент имеет возможность обращаться к квалифицированному врачу, который смотрит на него не только как на больного, но и как на человека, видит картину в целом. С таким врачом можно обсудить проблемы, которые выходят за рамки основных жалоб, но, вероятно, являются причиной заболевания. Здравоохранение возвращается к истокам, к старому принципу, высказанному Гиппократом: «Лечить не болезнь, а больного». При этом узкие специалисты также будут избавлены от необоснованных обращений и будут заниматься действительно сложными случаями.

Для улучшения демографической ситуации, снижения показателей заболеваемости, инвалидности, смертности населения очень важна работа в команде. Сегодня пациент в одно посещение может у медицинской сестры или у помощника врача получить все направления на анализы или обследования, а уже к вечеру у врача будут результаты. Медицинская сестра может на своем рабочем месте запланировать для пациента посещение ВОП или другого специалиста, подобрать талоны на прием, ультразвуковое, эндоскопическое исследование для того, чтобы врач скорректировал лечение либо назначал дополнительное обследование. ВОП должны заниматься пациентами по заболеваниям, требующим установки диагноза, коррекции лечения, решения экспертных вопросов. Пациенты, которые имеют факторы риска, хронические заболевания, с подобранным лечением и стабильным состоянием наблюдаются у помощника врача. Если он видит ухудшение состояния здоровья у такого пациента, то направляет его к врачу. Пациент с хроническим заболеванием и подобранным лечением должен минимум раз в полгода появляться у врача и проходить обследование в соответствии с клиническими протоколами. Достаточно хорошо и уверенно помощники врача ведут занятия в школе здоровья. Рассказывают пациентам с избыточной массой тела о правильном питании, двигательной активности; курильщикам советуют, как бросить курить. Но для конкретных действий необходимы желание и мотивация самого пациента

В Республике Беларусь активно реализуется проект «Заботливая поликлиника», цель которого – создать новый облик городской поликлиники и комфортную заботливую среду. Реализация проекта основана на принципах бережливого производства в рамках работы по следующим направлениям: регистратура, неотложный и диспансерный пациент, дежурный врач,

Репозиторий ГрГМУ

процедурный кабинет. В первую очередь речь идёт о повышении качества работы регистратуры, оптимизации внутренней логистики, сокращения времени ожидания медицинской помощи. Проект «Заботливая поликлиника» не обошёл стороной и город Гродно. Поликлиники учатся работать по-новому и становятся «заботливыми». Теперь регистратура – это не одно, два окошка, возле которых с утра до позднего вечера собираются пациенты, чтобы заказать и получить талон, а четыре исправно работающих и тесно связанных между собой компонента: администрация, справочная, картохранилище и колл-центр.

Так, в Гродненской городской поликлинике № 4, в рамках проекта «Заботливая поликлиника» разработали несколько собственных инновационных проектов: «Векторы диспансерного осмотра», «Минутка доверия», «Здоровое долголетие», организовали офтальмологическую школу «Жемчужный взгляд». В городской поликлинике № 6 г. Гродно ввели общественный совет, чтобы знать, чего не хватает пациентам. Активные граждане – глаза и уши жителей микрорайона. Регулярно встречаются с администрацией, указывают на недостатки, вместе ищут варианты решения проблем. Совет существует уже около года, в копилке десятки добрых дел – от места для измерения давления до подсказок тем, кто пришел без талона.

И такие «заботливые» подходы сейчас опробуются во всех поликлиниках Гродно. Все понимают – жить по старинке современная поликлиника уже не может.

Опыт гродненских врачей коллеги уже признали одним из самых успешных в стране. В перспективе заботливыми станут и все поликлиники райцентров региона, чтобы медицинская помощь была доступной и качественной в каждом областном уголке.

В здравоохранении Республики Беларусь одним из достижений последнего десятилетия стало стремительное внедрение большого количества высокотехнологичных видов медицинской помощи. Что значительно поднимает уровень требований предъявляемых к медицинским работникам, прежде всего в части их теоретических знаний и практических навыков. Цифровизация медицины увеличивает доступность первичной помощи, обеспечивая прямой контакт доктора и пациента и ее качество путем персонализированного подхода к профилактике и лечению. Так, внедрение электронного рецепта позволяет минимизировать время на его оформление, исключить подделку, дублирование, избежать ошибок, усилить контроль приобретения лекарственных средств и оптимизировать расходы на оплату льготных рецептов. Сегодня все сотрудники активно работают с электронной амбулаторной картой. Это позволило упростить обмен необходимой медицинской информацией между медучреждениями.

Современное диагностическое оборудование (рентгенографическое, томографическое, лабораторное, кардиографическое и др.) имеет выход информации в цифровом формате. Таким образом, результаты диагностических исследований при необходимости оперативно передаются в другую организацию здравоохранения для изучения разными врачами-специалистами.

Репозиторий ГрГМУ

Однако сегодня еще невозможно исключить запись в амбулаторной карте на бумажном носителе, льготный рецепт печатается на бумаге, а осмотр врача вклеивается в карточку. Для дальнейшего развития этого направления необходимо повышение компьютерной грамотности врачей и пациентов.

Повышение клинических компетенций и навыков медицинских работников первичного звена обеспечивается посредством обучения. Система симуляционного обучения (СО) призвана существенно повысить качество, эффективность и безопасность оказываемой населению медицинской помощи. Важнейшие преимущества СО – обучение без вреда пациенту и объективная оценка достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста [4]. На сегодняшний день создана симуляционная лаборатория на базе городской поликлиники № 7 г. Гродно. Приобретены модель современных тренажеров: учебный торс новорожденного «ПРОФИ» для демонстрации и отработки навыков процедур сердечно-легочной реанимации с устройством контроля правильности выполнения процедур, тренажер сердечно-легочной реанимации «Смарт», набор «Имитаторы ранений и поражений», фантом головы с пищеводом и желудком, многофункциональный симулятор пациента для сестринского ухода, тренажер пальпации молочной железы, а также тематические стенды. Обучение в симуляционной лаборатории проводится на основании программы обучения специалистов по утвержденному графику. Создание условий для отработки практических навыков позволяет развить способности быстрого принятия решений и успешного выполнения ряда манипуляций или вмешательств, в том числе при неотложных состояниях.

В настоящее время СО становится обязательным компонентом профессиональной подготовки. На основе моделирования профессиональной деятельности СО предоставляет возможность каждому обучающемуся многократно выполнять элементы медицинской деятельности согласно принятым профессиональным стандартам. Это позволяет им проработать реакцию на возникшую ситуацию, таким образом, как они это сделали бы в реальной жизни.

Реализуемые в настоящее время подходы к повышению эффективности работы поликлиник, претендуют на формирование новой модели ПМП. Внедрение в систему здравоохранения новой самостоятельной фигуры, оказывающей многопрофильную первичную медицинскую помощь – врача общей практики, активное внедрение в повседневную медицинскую практику новых информационных технологий, создание единого информационного пространства учреждений и организаций здравоохранения, эффективное использование финансовых, материальных и кадровых ресурсов способствуют реализации основных задач, стоящих перед ПМП.

Литература

1. Первичная медико-санитарная помощь : Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г., проведена совместно Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г.

Репозиторий ГрГМУ

2. Об утверждении Государственной программы: Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 гг. : Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., № 200 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=C21600200 – Дата доступа: 25.05.2020.
3. Дехтярев, Ю. Г. Врач общей практики: международный опыт Ю. Г. Дехтярев, А. Г. Фоменко // Здравоохранение. – 2018. – №8. – С. 69-77.
4. Горшков, М. Д. Классификация симуляционного оборудования / М. Д. Горшков, А. В. Федоров // Виртуальные технологии в медицине. – 2012. – № 2. – С. 21-30.

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В БЕЛАРУСИ

Мокров Ю. В.[1], Короткевич Т. В.[2], Разводовский Ю. Е.[3]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь[2]
Институт биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь[3]

Резюме. С помощью корреляционного анализа Спирмена показано, что эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются надежными косвенными индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольные отравления, Беларусь, 2000-2019.

DYNAMIC OF EPIDEMIOLOGICAL PARAMETERS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN BELARUS

Mokrov Y. V.[1], Korotkevitch T. V.[2], Razvodovsky Y. E.[3]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus [1]
Republican Research and Practice Center for Mental Health, Minsk, Belarus[2]
Republican Research Unitary Enterprise Institute of Biochemistry of Biologically Active Compounds of the National Academy of Sciences, Grodno, Belarus[3]

Summary. The Spearman correlation analysis suggests that epidemiological parameters of alcoholic psychoses can be considered as reliable indicators of alcohol-related problems.

Key words: alcohol dependence, fatal alcohol poisonings, Belarus, 2000-2019.

Репозиторий ГрГМУ

Ведение. Алкоголь является одной из основных причин высокого уровня преждевременной смертности в странах Восточной Европы [3-5]. Динамический мониторинг алкогольной ситуации в стране является одним из важных аспектов эффективной алкогольной политики. Алкогольная ситуация оценивается на основании анализа уровня и динамики косвенных индикаторов алкогольных проблем, к которым относятся уровень потребления алкоголя на душу населения, уровень связанной с алкоголем смертности, а также эпидемиологические параметры алкогольной зависимости [4].

Алкогольная зависимость — хроническое заболевание, развивающееся вследствие длительного злоупотребления алкоголем, характеризующееся психической и физической зависимостью от алкоголя, приводящее к нарушению психического и физического здоровья, а также к социальной дезадаптации [1]. Довольно частым осложнением алкогольной зависимости являются алкогольные психозы, которые обычно развиваются на продвинутых стадиях заболевания на фоне хронической соматической патологии [2]. Эпидемиологические параметры алкогольной зависимости являются альтернативным по отношению к уровню алкогольной смертности индикатором алкогольных проблем, позволяющим сложить целостное представление об алкогольной ситуации в стране [5].

Целью настоящей работы является анализ динамики алкогольной зависимости в Республике Беларусь в период с 2010 по 2019 годы.

Материалы и методы исследования. Анализировали следующие показатели: первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в расчете на 100 тысяч населения (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году); первичная заболеваемость алкогольными психозами в расчете на 100 тысяч населения; общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в расчете на 100 тысяч населения (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году плюс число заболеваний, которые были установлены в предыдущих годах, но по поводу которых пациенты обратились впервые в данном отчетном году), общая заболеваемость алкогольными психозами в расчете на 100 тысяч населения; число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре в расчете на 100 тысяч населения; число пациентов, пролеченных в стационаре по поводу алкогольного психоза в расчете на 100 тысяч населения. В качестве косвенного индикатора алкогольных проблем использовался уровень смертности от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч населения. Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2019 г. в государственных организациях здравоохранения было зарегистрировано 180393 пациентов (142991 мужчин и 37402 женщин) с синдромом зависимости от алкоголя и 2622 пациентов (2030 мужчин и 592 женщин) с алкогольными психозами. Впервые в жизни диагноз «синдром зависимости от алкоголя» был

Репозиторий ГрГМУ

установлен 15418 пациентам (12395 мужчин и 3023 женщин). Диагноз «алкогольный психоз» впервые был установлен 948 пациентам (725 мужчинам и 223 женщинам). В этом же году медицинская помощь в стационарных условиях была оказана 35466 пациентам с синдромом зависимости от алкоголя и 3770 пациентам с алкогольными психозами.

В период с 2010 г. по 2019 г. уровень первичной заболеваемости алкогольными психозами снизился в 3,1 раза (с 31,7 до 10,1 на 100 тыс. населения), уровень общей заболеваемости алкогольными психозами снизился в 2 раза (с 54,4 до 27,9 на 100 тыс. населения), число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно, снизилось в 2 раза (с 79,5 до 40,1 на 100 тыс. населения), уровень смертности от острого алкогольного отравления снизился на 31,3% (22,7 до 15,6 на 100 тыс. населения).

Анализ динамики изучаемых показателей свидетельствует о том, что уровень первичной и общей заболеваемости алкогольными психозами, а также число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно, практически линейно снижался вплоть до 2016 г., после чего их уровень несколько повысился. Уровень первичной и общей заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя линейно снижался, начиная с 2009 г. Число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре снижался в период с 2011 по 2016 гг., после чего стал демонстрировать тенденцию к росту.

С помощью корреляционного анализа Спирмана выявлена статистически значимая положительная связь между уровнем смертности от острого алкогольного отравления и первичной заболеваемостью алкогольными психозами ($r=0,74;p<0,000$), общей заболеваемостью алкогольными психозами ($r=0,92;p<0,000$), числом пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно ($r=0,83;p<0,000$), первичной заболеваемостью алкогольной зависимостью ($r=0,80;p<0,000$). Не обнаружено связи между уровнем смертности от острого алкогольного отравления и общей заболеваемостью алкогольной зависимостью ($r=0,009;p<0,972$), а также числом пациентов с алкогольной зависимостью, пролеченных стационарно ($r=0,13;p<0,603$).

Результаты корреляционного анализа говорят о том, что показатели, характеризующие эпидемиологию алкогольных психозов (первичная/общая заболеваемость алкогольными психозами, число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно), тесно коррелируют с таким классическим индикатором интоксикационно-ориентированного стиля потребления алкоголя, как уровень смертности от случайного отравления алкоголем. Эти данные подтверждают существующее представление о том, что эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются достаточно надежными косвенными индикаторами алкогольных проблем [4]. В данном контексте уместным будет отметить, что надежность косвенных индикаторов алкогольных проблем определяется степенью влияния на них неалкогольных факторов. В частности, данный показатель в значительной степени определяется эффективностью мероприятий по ранней диагностике и лечению синдрома зависимости от алкоголя.

Репозиторий ГрГМУ

Заключение. Таким образом, представленные данные подтверждают результаты предыдущих исследований, согласно которым эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются надежными косвенными индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем. Положительная динамика уровня связанных с алкоголем проблем, отмечающаяся в Беларуси на протяжении последнего десятилетия, в значительной степени связана с целенаправленной и систематической работой заинтересованных ведомств (Министерство здравоохранения, Генеральной прокуратуры, Министерством образования и Министерством внутренних дел Республики Беларусь) по минимизации негативных последствий пьянства и алкоголизма.

Литература

1. Андреева, Л. А. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости. / Л. А. Андреева, Т. И. Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения –2012. – № 1. – С. 51-56.
2. Гофман, А. Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация. / А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 5-12.
3. Разводовский, Ю. Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. / Ю. Е. Разводовский // Журн. невролог. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2002. – № 10. – С. 58-63.
4. Разводовский, Ю. Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С. 35-42.
5. Разводовский, Ю. Е. Заболеваемость алкогольными психозами как индикатор уровня алкогольных проблем. / Ю. Е. Разводовский //Здравоохранение. – 2002. – №11. – С.14-15.

АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Мокров Ю. В.[1], Разводовская О. А.[2], Климович И. И.[1], Разводовский Ю. Е.[3]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Городская поликлиника № 4, г. Гродно, Республика Беларусь[2]
Институт биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси, г. Гродно, Республика Беларусь[3]

Резюме. Динамика индикаторов общественного здоровья свидетельствует об улучшении состояния здоровья населения Гродненского региона в период с 2010 по 2018 гг. Целью дальнейших усилий государства должно являться уменьшение гендерного градиента уровня смертности.

Ключевые слова: общественное здоровье, Гродненская область.

Репозиторий ГрГМУ

ANALYSIS OF INDICATORS OF PUBLIC HEALTH IN GRODNO REGION

Mokrov Y. V.[1], Razvodovskaya O. A.[2], Klimovitch I. I.,[1] Razvodovsky Y. E.[3]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
City polyclinic № 4, Grodno, Belarus[2]
Republican Research Unitary Enterprise Institute of Biochemistry of Biologically Active Compounds of the National Academy of Sciences, Grodno, Belarus[3]

Summary. Analysis of dynamic of indicators of public health indicates the improvement of heath of the population of Grodno region between 2010 and 2018. The aim of further efforts of state should be the decrease of gender gap of mortality rate and decrease of mortality rate among rural population.

Key words: public health, Grodno region.

Ведение. Состояние общественного здоровья является одним из важнейших показателей развития государства. Приоритетной задачей государства в области охраны здоровья населения является снижение уровня заболеваемости и смертности. В настоящее время неинфекционные болезни (болезни системы кровообращения (БСК), онкологические заболевания, сахарный диабет, заболевания легких) и внешние причины являются основным фактором смертности населения и «сверхсмертности» мужчин трудоспособного возраста [1, 2, 5].

Государственная политика Республики Беларусь в области здравоохранения направлена на создание условий, позволяющих реализовать гражданам свое право на охрану здоровья. В рамках государственной политики в области здравоохранения в Беларуси была реализована «Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 гг.». Государственная программа включала комплекс мероприятий, основной целью которых была стабилизация численности населения, снижение уровня смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Программа предусматривала создание условий для улучшения здоровья населения, широкой информированности населения о факторах риска, угрожающих здоровью, пропаганды здорового образа жизни, формированию у населения самосохранительного поведения.

В марте 2016 г. была принята Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы. Подпрограммы по здравоохранению ориентированы на снижение уровня смертности от неинфекционных заболеваний и внешних причин, профилактику распространения социально опасных заболеваний (ВИЧ, туберкулез, алкоголизм, наркомания), формирование приверженности здоровому образу жизни.

Репозиторий ГрГМУ

Динамический мониторинг состояния общественного здоровья позволяет объективно оценивать происходящие изменения в состоянии здоровья населения и оценить эффективность государственной политики в области здравоохранения.

Целью настоящей работы был анализ динамики индикаторов общественного здоровья в Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ динамики основных индикаторов общественного здоровья (ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), смертность от различных причин на 100 тысяч населения) в Гродненской области в период с 2010 по 2018 гг. Данные показателя ОПЖ и уровня смертности от различных причин получены из официальных публикаций Белстата. С целью оценки состояния общественного здоровья в регионе использован аналитический метод и метод сравнения статистических данных.

Результаты исследования и их обсуждение. В период с 2010 по 2018 гг. в Гродненском регионе ОПЖ мужчин и женщин выросла соответственно на 4,4 года (с 64,2 до 68,6) и на 2,9 года (с 76,3 до 79,2). При этом ОПЖ городских мужчин и женщин выросла соответственно на 3,9 года (с 66,3 до 70,2) и на 2,5 года (с 77,7 до 80,2), в то время как ОПЖ сельских мужчин и женщин выросла соответственно на 4,5 года (с 59,7 до 64,2) и на 3,1 года (с 73,6 до 76,7). В рассматриваемый период гендерная разница ОПЖ снизилась с 12,1 до 10,6 лет. При этом гендерная разница ОПЖ городского населения снизилась с 11,4 до 10 лет, в то время как гендерная разница ОПЖ сельского населения снизилась с 13,9 до 12,5 лет.

В период с 2010 по 2018 гг. смертность от БСК снизилась на 9,3% (с 886,9 до 804,0), смертность от внешних причин снизилась на 45,2% (с 162,3 до 88,9), смертность от новообразований снизилась на 4% (с 186,6 до 179,2), смертность от болезней органов дыхания снизилась в 2,2 раза (с 64,9 до 29,6), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 28,3% (с 60,5 до 43,4), смертность от самоубийств среди мужчин и женщин снизилась соответственно на 40,4% (с 55,2 до 32,9) и на 13,6% (с 8,1 до 7,0).

Среди городского населения смертность от БСК снизилась на 4,4% (с 579,8 до 554,4), смертность от внешних причин снизилась на 46% (с 115,5 до 62,4), смертность от новообразований снизилась на 5% (168,3 до 159,1), смертность от болезней органов дыхания снизилась на 49,1% (с 31,8 до 16,2), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 32,2% (с 55,3 до 37,5), смертность от самоубийств среди мужчин снизилась на 35% (с 33,7 до 21,9), в то время как среди женщин этот показатель вырос на 9,4% (с 5,3 до 5,9).

Среди сельского населения смертность от БСК снизилась на 0,8% (с 1595,6 до 1582,5), смертность от внешних причин снизилась на 36,5% (с 270,2 до 171,7), смертность от новообразований выросла на 5,7% (228,7 до 241,7), смертность от болезней органов дыхания снизилась на 49,7% (с 141,5 до 71,2), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 15,1% (с 72,7

Репозиторий ГрГМУ

до 61,7), смертность от самоубийств среди мужчин и женщин снизилась соответственно на 35% (с 33,7 до 21,9) и на 26,9% (с 14,5 до 10,6).

В рассматриваемый период общая смертность в трудоспособном возрасте снизилась на 22,2% (с 573,6 до 446,2), смертность от БСК снизилась на 14,3% (с 174,7 до 149,7), смертность от внешних причин снизилась на 46% (с 192,1 до 103,7), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 40% (с 42,9 до 26,2), смертность от болезней органов дыхания снизилась на 13,7% (с 16,1 до 13,9), в то время как смертность от новообразований выросла на 13,3% (с 91,7 до 103,9).

Среди мужчин общая смертность в трудоспособном возрасте снизилась на 22,7% (с 907,8 до 701,5), смертность от БСК снизилась на 11,5% (с 282,7 до 250,2), смертность от внешних причин снизилась на 48,1% (с 321,7 до 167,1), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 39% (с 64,3 до 39,2), смертность от болезней органов дыхания снизилась на 18,3% (с 27,3 до 22,3), в то время как смертность от новообразований выросла на 19% (с 126,8 до 150,9).

Среди женщин общая смертность в трудоспособном возрасте снизилась на 25,4% (с 210,1 до 156,7), смертность от БСК снизилась на 37,6% (с 57,2 до 35,7), смертность от внешних причин снизилась на 37,6% (с 51 до 31,8), смертность от новообразований снизилась на 5,8% (с 53,6 до 50,5), смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 40,8% (с 19,6 до 11,6), смертность от болезней органов дыхания снизилась на 10% (с 3,9 до 4,3).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении является признанным индикатором качества жизни и здоровья населения [4]. Существенный рост ОПЖ, отмечавшийся в Гродненском регионе в рассматриваемый период, свидетельствует об улучшении состояния здоровья населения. Позитивным феноменом является снижение гендерного градиента ОПЖ, а также разницы ОПЖ сельского и городского населения. Вместе с тем, необходимо отметить, что гендерный градиент ОПЖ, а также разница ОПЖ сельского и городского населения остаются достаточно высокими.

Болезни системы кровообращения вносят основной вклад в бремя общей смертности в Гродненском регионе. Новообразования и насильственная смертность занимают соответственно вторую и третью позиции в рейтинге основных причин смерти. Обращает на себя внимание резкое снижение уровня смертности от внешних причин в рассматриваемый период, что может быть атрибутировано к реализации Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма [3]. Важной проблемой общественного здравоохранения по-прежнему остается высокий уровень смертности от различных причин, в особенности насильственной смертности, среди сельского населения.

Позитивным фактом является существенное снижение уровня смертности среди лиц трудоспособного возраста. В особенности это касается смертности от внешних причин. В тоже время, следует обратить внимание на некоторый рост уровня смертности от новообразований среди лиц трудоспособного возраста. Адресных мер профилактики также требует значительно более высокий

Репозиторий ГрГМУ

уровень смертности в трудоспособном возрасте, в особенности от внешних причин, среди мужчин.

Заключение. Анализ динамики индикаторов общественного здоровья свидетельствует об улучшении состояния здоровья населения Гродненского региона в период с 2010 по 2018 гг. Целью дальнейших усилий государства должно являться снижение гендерного градиента уровня смертности за счет снижения смертности среди мужчин, а также снижение уровня смертности среди сельского населения.

Литература

1. Андреева, Л. А. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости. / Л. А. Андреева, Т. И. Терехович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. –2012. – № 1. – С. 51-56.
2. Колосницина, М. Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира. / М. Колосницина, Т. Коссова, М. Шелунцова // Демографическое обозрение. – 2019. – №1. – С. 124-150.
3. Разводовский, Ю. Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. / Ю. Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С. 35-42.
4. Разводовский, Ю. Е. Прогнозирование ожидаемой продолжительности жизни с помощью анализа временных серий. / Ю. Е. Разводовский, В. Ю. Смирнов // Собриология. – 2016. – № 1. – С. 32-36.
5. Kandrychyn, S. V. The spatial regularities of violent mortality in European Russia and Belarus: ethnic and historical perspective. / S. V. Kandrychyn, Y.E. Razvodovsky // Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 18, N.5. – P. 5-8.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕКОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мороз И. Н.[1], Можейко В. Ч.[2]

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь[1]
Островецкая центральная районная клиническая больница, г. Островец, Республика Беларусь[2]

Резюме. В статье представлена методика оценки эффективности телеконсультирования врачей при оказании первичной медицинской помощи. Оценка эффективности телеконсультирования включала анализ критериев доступности, качества и удовлетворенности первичной медицинской помощью.

Ключевые слова: эффективность; качество; доступность, удовлетворенность, телеконсультация, первичная медицинская помощь

Репозиторий ГрГМУ

ANALYSIS EFFECTIVENESS OF TELECONSULTATION AT RENDERING PRIMARY HEALTH CARE

Moroz I. N.[1],Mozheiko V. Ch.[2]

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus[1]
Ostrovets Central Regional Clinical Hospital, Ostrovets, Belarus[2]

Summary. In article the method evaluation effectiveness of teleconsultation of physicians is presented at rendering primary health care. The effectiveness evaluation of telecounselling included an analysis of the criteria of accessibility, quality and satisfaction with primary health care.

Key words: effectiveness; quality; availability, satisfaction; teleconsultation; primary health care

Введение. Рост потребности населения в качественной и доступной медицинской помощи, внедрение пациентоориентированных моделей в области оказания медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий, поставило перед учреждениями здравоохранения принципиально новые задачи, которые без анализа эффективности использования данных технологий решить нельзя и требует разработки методов анализа и оценки использования телемедицинских технологий при оказании первичной медицинской помощи населению [1-5].

Материалы и методы исследования. При проведении исследования использованы методы: экспертных оценок, социологический, экономического анализа (затраты-выгода), статистический.

Разработка методики анализа эффективности телеконсультирования при оказании первичной медицинской помощи населению, осуществлялась на основании методик, предложенных Владзимирским А. В., (2007, 2011), Гадаборшевым М. И. с соавторами (2013), Дугановым М. Д. (2007) и с учетом анализа полученных данных телеконсультирования, оценки экспертов, и включала: оценку доступности телеконсультирования, качества телеконсультирования, эффективности использования ресурсов при телеконсультировании, удовлетворенности первичной медицинской помощью с использованием телеконсультирования [1-5]. Было проанализировано 360 карт экспертной оценки телесеансов.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square, χ^2). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты исследования. В ходе исследования была проведена разработка критериев, характеризующих оценку медицинской и социальной эффективности использования телеконсультирования при организации первичной медицинской помощи (таблица). Медицинская эффективность

Репозиторий ГрГМУ

телеконсультирования (ТК) при оказании первичной медицинской помощи (ПМП) оценивалась на основании показателей: объем медицинской помощи с использованием ТК (количество телеконсультаций на 1 специалиста в год); удельный вес проведённых телеконсультаций, позволивших снизить количество направлений на консультацию, госпитализацию или перевод пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи; удельный вес законченных случаев лечения пациентов на уровне амбулатории врача общей практики, нуждающихся в специализированной помощи (неврология, кардиология и др.).

Оценка социальной эффективности телеконсультирования осуществлялась на основании критериев удовлетворенности первичной медицинской помощи с использованием ТК специалистов и пациентов (таблица).

Таблица – Критерии эффективности ТК при оказании первичной медицинской помощи: доступности, качества и удовлетворенности

Наименование критерия
1. Критерии доступности оказания медицинской помощи с использованием телеконсультирования
1.1. Объем медицинской помощи с использованием ТК (количество телеконсультаций на 1 специалиста в год, M, 95% ДИ)
1.2. Удельный вес проведённых телеконсультаций, позволивших снизить количество направлений на консультацию, госпитализацию или перевод пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи (%)
1.3. Удельный вес специалистов, принимающих участие в телеконсультациях (%)
2. Критерии качества телеконсультирования:
2.1. Удельный вес высокорелевантных телеконсультаций(%)
2.2. Удельный вес телеконсультаций, обеспечивших достижение цели консультируемого специалиста (уточнение/корректировка диагноза, уточнение/корректировка лечения, потребности пациента в направлении на госпитализацию, консультацию) (%)
2.3. Удельный вес своевременных телеконсультаций (%)
2.4. Удельный вес рабочих мест специалистов, оснащенных для проведения ТК(%)
2.5. Удельный вес законченных случаев лечения пациентов на уровне амбулатории врача общей практики, нуждающихся в специализированной помощи (неврология, кардиология и др.), (%)
3. Критерии удовлетворенности первичной медицинской помощью с использованием телеконсультирования:
3.1. населения:
3.1.1. Удовлетворенность оказанием медицинской помощи с использованием ТК (%)
3.1.2. Удовлетворенность соблюдением этико-деонтологических принципов, конфиденциальности при оказании медицинской помощи (%)
3.2. специалистов:
3.2.1. Удовлетворенность оказанием медицинской помощи с использованием ТК (%), в том числе:
3.2.1.1. Удовлетворенность достижением цели (%)

Репозиторий ГрГМУ

Наименование критерия
3.2.1.2. Удовлетворенность функциональностью использования коммуникативными технологиями во время телесеанса (%)
3.2.1.3. Полезность содержания телесеанса (%)
3.2.2. Удовлетворенность соблюдением этико-деонтологических принципов, конфиденциальности при оказании медицинской помощи (%)

Экспертная оценка телеконсультирования позволила обосновать критерии для расчета коэффициента эффективности телеконсультирования, включающего критерии доступности оказания медицинской помощи, критерии качества телеконсультирования, критерии удовлетворенности первичной медицинской помощи пациентов и специалистов, необходимые для принятия управленческого решения по совершенствованию деятельности медицинской организации.

Коэффициент эффективности телеконсультирования (КЭТ) рассчитан по следующей формуле:

$$КЭТ=\frac{((КТ+КС)+(КВРТ+КТЦС+КСТ+КО+КЗС)+(КУПМП+КУПК+КУСМП+КУСК))}{11},$$

где КТ – коэффициент проведённых телеконсультаций, позволивших снизить количество направлений на консультацию, госпитализацию или перевод пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи;

КС – коэффициент специалистов, принимающих участие в телеконсультациях;

КВРТ – коэффициент высокорелевантных телеконсультаций;

КТЦС – коэффициент телеконсультаций, обеспечивших достижение цели консультируемого специалиста (уточнение/корректировка диагноза, уточнение/корректировка лечения, потребности пациента в направлении на госпитализацию, консультацию);

КСТ – коэффициент своевременных телеконсультаций;

КО – коэффициент оснащенности рабочих мест специалистов для проведения телеконсультаций;

КЗС – коэффициент законченных случаев лечения пациентов на уровне амбулатории врача общей практики;

КУПМП – коэффициент удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи с использованием ТК;

КУПК – коэффициент удовлетворенности пациентов соблюдением этико-деонтологических принципов, конфиденциальности при оказании медицинской помощи с ТК;

КУСМП – коэффициент удовлетворенности специалистов оказанием медицинской помощи с использованием ТК;

КУСК – коэффициент удовлетворенности специалистов соблюдением этико-деонтологических принципов, конфиденциальности при оказании медицинской помощи с ТК.

Были определены уровни оценки эффективности телеконсультирования на основе расчета коэффициента эффективности телеконсультирования. Уровень коэффициента эффективности телеконсультирования, равный более 0,869 оценивается как высокий, от 0,744 до 0,869 – средний; менее 0,744 – низкий.

Репозиторий ГрГМУ

Заключение. Разработаны критерии и уровни оценки эффективности ТК на основе расчета КЭТ, включающего критерии доступности оказания медицинской помощи, критерии качества, критерии удовлетворенности первичной медицинской помощи пациентов и специалистов ТК, необходимые для принятия управленческого решения по совершенствованию деятельности медицинской организации при оказании ПМП.

Литература

1. Гадаборшев, М. И., Левкевич, М. М., Рудлицкая, Н. В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи: монография. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 424с.
2. Дуганов, М. Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М. Д. Дуганов. – М. : ИЭПП, 2007. – 112 с.
3. Владзимирский, А. В. Телемедицина: монография / А. В. Владзимирский. – Донецк, 2011. – 437 с.
4. Мороз, И. Н. Оценка эффективности телеконсультирования при оказании первичной медицинской помощи / И. Н. Мороз, В. Ч. Можейко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – № 3. – С. 36-41.
5. Aoki, N. at all. Outcomes and methods in telemedicine evaluation. / N. Aoki, K. Dunn, K. A Johnson-Throop, J.P. Turley //Telemed J. E. Health. 2003 Winter; 9(4):393-401.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Мороз И. Н.[1], Сикорский А. В.[1], Павлович Т. П.[1], Сушинский В. Э.[1], Мороз-Водолажская Н. Н.[1], Можейко В. Ч.[2], Петретто Д. Р.[3], Боровая Е. В.[1]

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь[1]
Островецкая центральная районная клиническая больница, г. Островец, Республика Беларусь[2]
Университет Кальяри, г. Сардиния, Италия[3]

Резюме. В статье представлены результаты реализации международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования».

Ключевые слова: активное долголетие, долгожители, качество жизни, старение населения.

Репозиторий БГМУ

EVALUATION QUALITY OF LIFE OF LONG-LIVERS OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Moroz I. N.[1], Sikorsky A. V.[1], Pavlovich T. P.[1], Sushinsky V. E.[1], Moroz-Vodolazhskaya N. N.[1], Mozheiko V. Ch.[2], Petretto D. R.[3], Borovaya E. V.[1]

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus[1]
Ostrovets Central Regional Hospital, Ostrovets, Belarus[2]
University of Cagliari, Sardinia, Italy[3]

Резюме. The article presents the results of the international project "Longevity, Lifestyles and eating: the importance of education".

Key words: active longevity, long-livers, quality of life, population ageing.

Введение. Повышение качества жизни пожилых людей и продление их активного долголетия – одно из приоритетных направлений государственной политики нашей страны в области охраны здоровья. Перед государством стоят задачи по обеспечению качества жизни граждан по мере старения населения через оптимизацию возможностей для поддержания здоровья, безопасности среды обитания и участия человека в жизни общества. Особое внимание среди населения представляют долгожители – люди в возрасте 90 лет и старше [1-5].

Долгожительство является одним из важнейших биосоциальных феноменов современного общества. Лиц в возрасте 90 лет и старше можно отнести к биологической элите, так как долгожителем становится только один человек из пяти тысяч. Генетические, соматические и психологические обследования долгожителей позволяют выяснить основные факторы, обеспечивающие человеку продолжительность жизни, значительно превышающую средние показатели в популяции. Анализ данных факторов является основанием для разработки мероприятий по формированию мотивации на долгожительство, прежде всего у людей молодого и среднего возраста [1-5].

В 2002 году Всемирная организация здравоохранения утвердила Рамочную стратегию активного долголетия, в которой впервые сформулировано понятие «активное долголетие». Эксперты Всемирной организации здравоохранения, описывают активное долголетие как «процесс оптимизации возможностей для обеспечения здоровья, участия в жизни общества и защищенности человека с целью улучшения качества его жизни в ходе старения». Основные принципы активного долголетия были включены в итоговый документ второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения – Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. Политика активного долголетия заключается в обеспечении условий для продолжения продуктивной и независимой жизни всеми гражданами при

Репозиторий ГрГМУ

одновременной мобилизации потенциала стареющего общества для его непрерывного устойчивого развития [1-5].

По мнению многих экспертов, одним из направлений решения проблемы формирования и сохранения активного долголетия населения является объединение усилий не только специалистов различных сфер деятельности, но и стран. В связи с чем, специалисты Университета Кальяри и учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (далее – университет), проводят исследование по реализации международного проекта «Долголетие, образ жизни и питание: важность образования» (Сардиния, Италия-Беларусь), направленного на разработку мер по решению проблемы формирования и сохранения активного долголетия населения двух стран.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования были использованы социологический (интервью), лабораторные, инструментальные и статистический методы. Дизайн исследования: выборочное, одномоментное, поперечное.

В качестве инструмента для проведения исследования использована краткая версия опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF), состоящего из 26 вопросов, объединенных в 4 домена (оценка сферы физического и психологического благополучия, оценка самовосприятия, оценка микросоциальной поддержки, оценка социального благополучия. Были соблюдены этико-деонтологические принципы проведения исследования. Каждый участник исследования подписал информированное согласие.

В пилотном исследовании приняли участие 500 жителей Республики Беларусь в возрасте 25 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения. Удельный вес лиц в возрасте 90 лет и старше достигал 12,6%. Среди долгожителей преобладали женщины, удельный вес которых составил 52,4%.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием параметрических и непараметрических методов исследования, в том числе методов описательной статистики, оценки достоверности (критерий Стьюдента; Chi-square, χ^2). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты исследования. Общая оценка качества жизни на основе опросника WHOQOL-BREF, включающая оценку 4 составляющих (физическое и психическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие), показала, что у 82,5% долгожителей – качество жизни выше среднего, 17,5% – среднее. Следует отметить, что ни у одного респондента не отмечено высокого качества жизни и ниже среднего.

Достаточно высокую общую оценку качества жизни дали большинство респондентов независимо от пола (Chi-square test: $\chi^2 = 1.37$, p=1,24). Почти 77% мужчин и 87,9% женщин считают, что их качество жизни выше среднего. Около 23% мужчин и 12,1% женщин оценили качество жизни как среднее.

Репозиторий ГрГМУ

Анализ физического и психического благополучия показал, что каждый третий долгожитель оценил его выше среднего, 61,9% – как среднее, 4,8% – ниже среднего. Статистически значимых различий оценки физического и психического благополучия в зависимости от пола не установлено (Chi-square test: χ^2 =1,32, p=1,21). Большинство мужчин (63,3%) и женщин (60,6%) оценили составляющую качество жизни – физическое и психическое благополучия – как среднее. Около 7% мужчин и 3% женщин считают свое физическое и психическое благополучие ниже среднего.

Установлены статистически значимые различия уровня самовосприятия долголожителей в зависимости от пола (Chi-square test: χ^2 =4.4, p=0,03). Среди женщин преобладают респонденты с уровнем оценки самовосприятия выше среднего (78,8%) и средний (21,2%). Среди мужчин 3,3% долгожителей оценили уровень самовосприятия как высокий, 53,4% – выше среднего, 40,0% – средний, 3,3% – ниже среднего.

Большинство долгожителей (82,5%) уровень микросоциальной поддержки оценили выше среднего, в том числе 73,3% мужчин и 90,9% женщин. Оценка уровня микросоциальной поддержки мужчинами и женщинами незначительно различалась. Среди мужчин преобладали респонденты с высокой (13,3%) и средней (13,3%) оценкой уровня микросоциальной поддержки, отсутствовали респонденты с оценкой уровня микросоциальной поддержки ниже среднего. У 3% женщин оценка уровня микросоциальной поддержки была ниже среднего.

Долгожители дали наиболее высокую оценку социального благополучия: 15,9% – высокую, 76,2% – выше среднего, 7,9% – среднюю. Данная оценка была характерна как для мужчин, так и для женщин. Однако, среди женщин преобладали респонденты с высокой оценкой уровня социального благополучия, удельный вес которых достигал 24,4% (среди мужчин – лишь 6,7%).

Необходимо отметить, что высокий уровень общей оценки качества жизни долгожителей обеспечивается в основном за счет составляющих: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие. У женщин высокий уровень общей оценки качества жизни обеспечивается в основном за счет составляющих: самовосприятие, социальное благополучие. У мужчин высокий уровень общей оценки качества жизни обеспечивается в основном за счет составляющих: микросоциальной поддержки, социальное благополучие.

Заключение. Достаточно высокую оценку качества жизни, основанную на анализе результатов опросника WHOQOL-BREF дали большинство долгожителей. Высокий уровень оценки качества жизни обусловлен тремя составляющими: самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие. Установлено, что у женщин высокий уровень общей оценки качества жизни обеспечивается в основном за счет составляющих: самовосприятие, социальное благополучие; у мужчин – за счет микросоциальной поддержки и социального благополучия.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Бурцева, Т. А., Гагарина, С. Н., Чаусов, Н. Ю. Оценка качества жизни населения старших возрастов при обосновании стратегий активного долголетия в условиях структурных демографических изменений. / Т.А.Бурцева, С. Н.Гагарина, Н. Ю. Чаусов // Вестник университета. – 2019 – № 2. – С. 5-12. – URL: https://doi.org/10.26425/1816-4277-2019-2-5-12
2. Калачикова, О. Н., Барсуков, В. Н., Короленко, А. В., Шулепов, Е. Б. Факторы активного долголетия: итоги обследования вологодских долгожителей / О. Н. Калачикова, В. Н. Барсуков, А. В. Короленко, Е. Б. Шулепов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. – № 5 (47). – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-aktivnogo-dolgoletiya-itogi obsledovaniya-vologodskih-dolgozhiteley (дата обращения: 01.06.2020).
3. Концепция политики активного долголетия: научно-методологический докл. к XXI Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2020 г. / под ред. Л. Н. Овчаровой, М. А. Морозовой, О. В. Синявской ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. – 40 с.
4. Рейтинг стран мира по показателю качества жизни пожилых людей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gtmarket.ru/ratings/global-age-wath-index/info (дата обращения: 29.12.2018).
5. Шабалин, В. Н. Психология долгожительства / В. Н. Шабалин // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 1. – С. 3-5. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-dolgozhitelstva (дата обращения: 01.06.2020).

ХАРАКТЕРИСТИКА АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ногтева А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В публикации поднимается тема мужского здоровья, факторов риска, которые влияют на него. Также проведена характеристика пациентов, которые обращаются за медицинской помощью к андрологу в г. Гродно.

Ключевые слова. Мужское здоровье, бесплодие, андролог.

DESCRIPTION OF MALE HEALTH ASPECTS

Nogteva A. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The publication raises the topic of men's health, risk factors that affect it. Also, a characteristic of patients who seek medical help from an andrologist in Grodno.

Key Words. Men’s health, infertility, andrologist.

Репозиторий ГрГМУ

Актуальность. Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что многие заболевания мужчин связаны с их образом жизни и экологическими факторами. Современный мужчина чаще всего мало двигается, предпочитает проводить свободное время за компьютером, занятие спортом заменяет многочасовым просмотром соревнований по телевидению. Адинамия зачастую сочетается с излишним потреблением пищи и особенно алкоголя. Курение, наркотики, ожирение – следующие в списке факторов риска здоровья, не только мужского [3].

Всемирная организация здравоохранения признает, что существуют различия в факторах, определяющих здоровье и бремя болезней у женщин и мужчин, и акцентирует особую важность изучения динамики гендерных аспектов здоровья, на которую в течение длительного времени не обращалось внимания [2]. Исследования последних лет показали, что частота нарушений репродуктивной функции у мужчин достигает 48% [1]. Так, например, по данным исследования Шантановой Л. Н. и др. у соматически здоровых молодых мужчин, не предъявляющих жалоб, которые проживают в г. Улан-Удэ, выявили высокую частоту патологий органов репродуктивной системы: разного рода заболевания и аномалии были выявлены более чем у половины обследованных [4].

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что оценка состояния репродуктивного здоровья мужчин является важной научной проблемой и имеет существенное значение не только для мониторинга репродуктивного здоровья населения в целом, но также для создания комплекса мероприятий, направленных на диагностику и коррекцию нарушений мужской репродуктивной системы [5]. А значит, возрастает потребность в таких специалистах, как андролог, а также в доступности специализированной помощи мужчинам.

Цель. Выявить основные характеристики пациентов, обращающихся за помощью к врачу андрологу.

Материалы и методы исследования. Для анализа в случайном порядке отобраны амбулаторные карты 200 пациентов поликлиники УЗ «Гродненский государственный перинатальный центр», которые обращались к врачу-андрологу в период с 01.12.2017 г. по 31.08.2018 г. Для обработки использовалось программное обеспечение Microsoft Excel.

Подавляющее большинство (82,5%) пациентов обратились самостоятельно в поликлинику. Их средний возраст составил 32,5 лет, максимум 69 лет, минимум 18 лет, мода 28 лет. Половина обратившихся (50,5%) – это рабочие, чуть больше четверти (28%) – люди умственного труда, 11% не заняты в экономике, в небольшом количестве представлены служащие (5,5%) и военные (5%). Из вредных условий труда преобладает эмоциональное напряжение (31.5%), в небольшом проценте встречается контакт с химическими веществами (4%). Около половины (55,5%) пациентов имеют средне-специальное образование, немного меньше – высшее (43,5%) (1% не указали). В основном, это мужчины повышенного питания: среднее значение

Репозиторий ГрГМУ

индекса массы тела – 25,8, а мода – 23. Чуть меньше половины пациентов (42,5%) пристрастны к алкоголю и употребляют его несколько раз в неделю, 21,5% мужчин употребляют алкоголь редко, примечательно, что четверть (24,5%) всё-таки не употребляет спиртные напитки. Курит из опрошенных 39,5%, 6% – время от времени, не курит приблизительно такое же количество человек – 43,5%.

Почти все мужчины (95%) находятся в браке. Вместе с тем 85,5% – не имеют детей. 12% имеют одного, 2,5% двоих. Причиной обращения к врачу в 71,5% случаев является не наступление беременности при регулярной половой жизни, а также перенесенный самопроизвольный выкидыш или замершая беременность (9,5%). Чуть меньше пациентов приходили со своими жалобами на соматическое здоровье (8%). Примечательно, что мужчины обращаются к доктору и перед планированием беременности (7%); перед протоколом ЭКО обследование у андролога для мужчин также обязательно (4%). Также стоит отметить, что у чуть больше половины пациентов (57.5%) не было хирургических вмешательств. У другой, меньшей половины пациентов, выполнялись в прошлом операции. Это были аппендэктомия (11,5%), по поводу варикоцеле (11%), герниопластика (5,5%), тонзиллэктомия (3%), операции по поводу фимоза (2,5%), низведение яичка (2,5%). Важно, что выявлена взаимосвязь с перенесенными оперативными вмешательствами и последующим диагнозом бесплодие. Только 34,5% обратившихся не отмечали перенесенных заболеваний, а самым частым заболеванием были ЗППП (у 32,5%). У 14.5% был эпидемический паротит, здесь мы также проследили известную взаимосвязь, у этих пациентов встречался диагноз бесплодие.

Диагноз первичное бесплодие выставлен 61% пациентов, вторичное – 23%. Остальные нозологии связаны с обычным обследованием (6%), или болезнями мужчины, среди которых эритроплакия головки полового члена, доброкачественна гиперплазия предстательной железы, эректильная дисфункция, хронический простатит, баланопостит, аспермия, гипоплазия яичка. Следовательно, проблема репродуктивного здоровья выходит на первый план в череде всех пациентов андролога.

Выводы. Таким образом, к врачу андрологу чаще всего по собственной инициативе обращается женатый молодой мужчина с высшим или средне-специальным образованием, занятый преимущественно физическим трудом, но тем не менее повышенного питания, с вредными привычками, без детей, с диагнозом бесплодие.

Стоит отметить важность государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016-2020 гг.», благодаря которой открываются межрайонные кабинеты андролога. Мужчинам стала доступнее специализированная помощь.

Литература

1. Овсянникова Т. В. Бесплодный брак / Т. В. Овсянникова, И. Е. Корнеева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 32-36.

Репозиторий ГомГМУ

2. Гендерная политика ВОЗ. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf (дата обращения: 3.06.2020).
3. Sallmen, M. Reduced fertility among overweight and obese men. / Sallmen M., Sandler D., Hoppin J. A., Blair A., Baird D. D. // Epidemiology. – 2006. – № 17 (5). – P. 520-523.
4. Шантанова, Л. Н. Оценка репродуктивного здоровья у молодых мужчин Республики Бурятия. / Шантанова Л. Н., Осадчук Л. В., Дашиев Б. Г. [и др.] // «БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН». Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – №6 (88). – С. 44-46.
5. Колесникова, Л. И. Причины и факторы риска мужской инфертильности. / Колесникова Л. И., С. И. Колесников, Н. А. Курашова, Т. А. Баирова // Вестник РАМН. – 2015. – № 70 (5). – С. 579-584.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Орехов С. Д., Зинчук В. В., Лепеев В. О., Борисова В. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Проведен кластерный анализ основных антропометрических показателей учащихся в возрасте от 18 до 19 лет. Использование данного статистического метода в оценке морфофункционального статуса уменьшает вероятность субъективной трактовки результатов исследования.

Ключевые слова: Кластерный анализ, рост, вес, окружность талии.

CLUSTER ANALYSIS OF HUMAN FUNCTIONAL STATE ASSESSMENT

Arekhau S. D., Zinchuk V. V., Lepeev V. O., Borisova V. Yu.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. A cluster analysis of the main anthropometric parameters of students aged 18 to 19 years was carried out. The use of this statistical method in morphofunctional status assessment reduces the probability of a subjective interpretation of the research results.

Key words: Cluster analysis, height, weight, waist circumference.

Актуальность. Функциональный статус можно рассматривать как физиологическое состояние организма, сложившиеся под влиянием генетически обусловленных и приобретенных индивидуальных особенностей метаболизма питательных веществ, а также состояния органов и систем, принимающих участие в их переваривании, всасывании и экскреции.

Репозиторий ГрГМУ

По данным литературы, основными методами, которые применяются оценки функционального статуса являются неинвазивные методики, а именно – атропометрические методы. Среди достоинств данной техники стоит подчеркнуть простоту их применения, доступность широкому кругу обывателей (возможность применения вне клиники) и, как правило, более быстрое получение результата. Среди которых наиболее известны индекс Кетле, а зачастую просто – индекс массы тела (ИМТ) [1], индекс формы тела (ИФТ) [2] и индекс окружности тела, который получен с использованием длины тела, окружности талии окружность бедра [3]. Кроме приведенных выше подходов к оценке конституции в популярной и профессиональной литературе описываются десятки, а то и сотни антропометрических индексов.

В литературе относительно нечасто встречаются работы по классификации морфофункциональных типов при помощи кластерного анализа (метод K-means). В качестве примеров таких работ можно сослаться на исследования Olds T. [4] проведенное в 2013 году и Quadros T.M.B. [5] в 2017 году. Данная методика обработки данных представляет собой многомерную статистическую процедуру, выполняющая сбор данных, содержащих информацию о выборке объектов, и затем упорядочивающая объекты в сравнительно однородные группы.

Цель исследования – определение морфофункционального статуса с использованием метода K-means.

Материалы и методы исследования. У 460 молодых людей студентов 2 курса учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет». Выборка состояла из 342 девушек и 118 юношей в возрасте от 18 до 19 лет, у которых отсутствовали хронические заболевания согласно их медицинской карте. Проведено измерение массы (Р в кг), длины тела (Н в м) и окружности талии (ОТ в м). Вычислен индекс массы тела (ИМТ) и индекс формы тела (ИФТ). У части испытуемых также оценен состав тела при помощи анализатора жировой массы Tanita BC-582. На основании массы, длины тела и окружности талии отдельно у девушек и юношей были выделены морфофункциональные кластеры.

Статистическая обработка проведена при помощи пакета программ «Statistica10.0». Все показатели проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка. Достоверность дисперсионного анализа множественных сравнений оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни. В последующем результаты исследования подвергались обработке данных методом K-means. Кластеризация представляет собой разбиение множества объектов на группы, называемые кластерами.

Результаты исследования. В качестве критериев для кластеризации использовались стандартизованные значения длина и масса тела, а также окружность талии. Выборка девушек была разделена с помощью метода К-средних на семь кластеров (рис. 1), а выборка юношей – на пять (рис. 2).

Репозиторий ГрГМУ

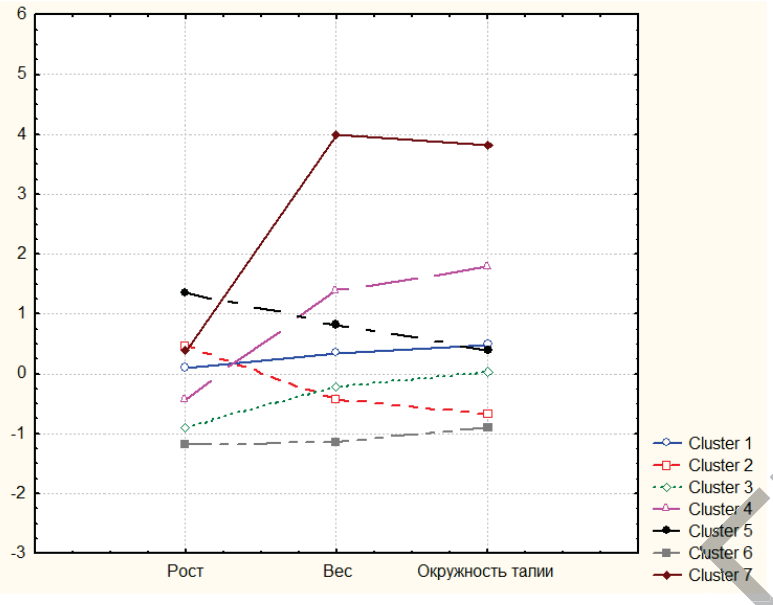


Рисунок 1. – Основные кластеры у девушек

Как видим из рисунка 1 при кластерном анализе четко выделяются типы с низкими значениями основных антропометрических показателей (кластер 6). Также можно определить кластеры с преимущественно увеличенной длиной тела и окружностью талии (кластеры 2 и 5). На ряду с этим прослеживается тенденция выделения пропорциональных типов телосложения (кластеры 1 и 3). Кластеры 7 и 4 характеризуется с преимущественным повышением массы тела и окружностью талии.

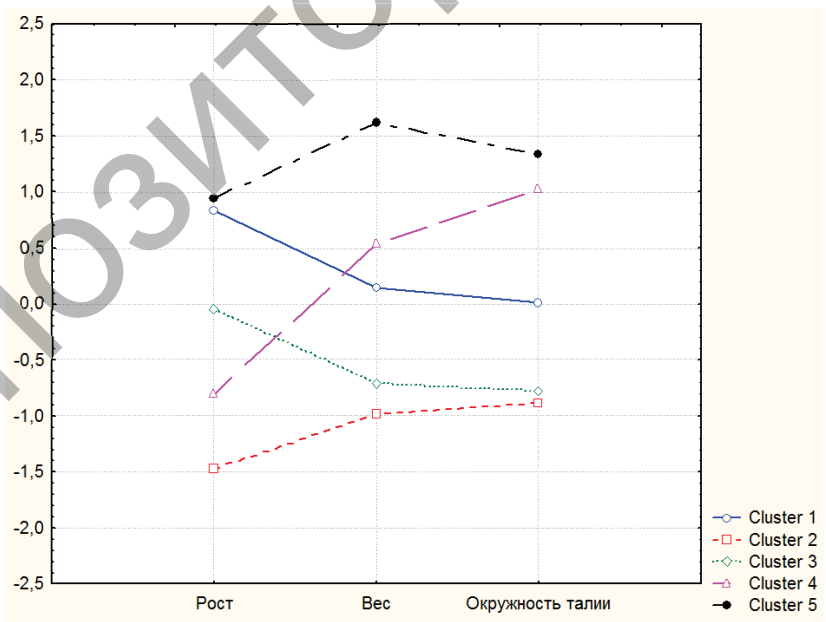


Рисунок. 2 – Основные кластеры у юношей

На рисунке 2 показано выделение различных морфофункциональные особенностей у юношей. Например, кластер 2 аккумулирует волонтеров с

Репозиторий ГрГМУ

пропорционально низкими исследуемыми показателями (схожая тенденция наблюдается у девушек). Аналогично с женской выборкой выявляются кластеры с высокими значениями длины тела и низкими – массой тела и окружностью талии (кластеры 1 и 3). Как и у девушек, у юношей отмечаются два кластера с повышенной массой тела и окружностью талии (кластеры 4 и 5).

У представителей обоих полов отмечены достоверные различия между кластерами по ИМТ. Причем, в разных кластерах выраженность ИМТ определялась специфическим балансом длины и массы тела. Кластеры с максимальными значениями массы и ИМТ также характеризовались максимальной диспропорцией изученных признаков. ИФТ практически не отличался между кластерами у представителей обоих полов. Все параметры состава тела (получены на анализаторе жировой массы Tanita BC-582) при факторном анализе вошли в первый фактор с нагрузкой около 0,9 и поэтому рассматривались как зависимые от массы тела показатели.

Вывод. Особенностью использования кластерного анализа в оценке морфофункционального статуса уменьшает вероятность субъективной трактовки результатов исследования. Данный способ группировки наглядно показывает наличие крайних специфических черт у отдельных испытуемых. Классификация испытуемых по основным антропометрическим признакам при помощи кластерного анализа позволяет выделить типы с различными ИМТ, а по ИФТ кластеры практически не отличаются. Таким образом, данный метод основных антропометрических показателей являются более доступным инструментом скрининга особенностей функционального состояния человека.

Литература

1. Keys A., Fidanza F., Karvonen M. J., Kimura N., Taylor H. L. Indices of relative weight and obesity // Journal of Chronic Diseases. – 1972. – Vol. 25, № 6-7. P. 329-343.
2. Krakauer, N. Y. A new body shape index predicts mortality hazard independently of body mass index / N. Y. Krakauer, J. C. Krakauer // PLoS One. – 2012. – Vol. 7, № 7: e39504.
3. Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model / D. M. Thomas et al. // Obesity (Silver Spring). – 2013. – Vol. 21, № 11. – P. 2264-2271.
4. Somatotyping using 3D anthropometry: a cluster analysis / Olds T. et al. // J Sports Sci. – 2013. – Vol. 31, № 9. – P. 936-944.
5. Quadros, T. M. B. Anthropometry and clustered cardiometabolic risk factors in young people: a systematic review / T. M. B. Quadros, A. P. Gordia, L. R. Silva / Rev Paul Pediatr. – 2017. – Vol. 35, № 3. – P. 340-350.

Репозиторий ГрГМУ

ИЗМЕРЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Панасюк О. В.[1], Могилевец Э. В.[1], Горячев П. А.[2], Будревич О. В.[1]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]

Резюме. Показатель лодыжечно-плечевого индекса 0,9 и менее, выявленный в ранние сроки после реваскуляризации свидетельствует о высоком риске развития послеоперационных осложнений у пациентов с заболеванием периферических артерий.

Ключевые слова: лодыжечно-плечевой индекс, заболевание периферических артерий, реваскуляризирующие операции, послеоперационные осложнения.

MEASUREMENT OF THE ANKLE-BRACHIAL INDEX IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Panasiuk O. V.[1], Mahiliavets E. V.[1], Goryachev P. A.[2], Budrevich O. V.[1]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]

Summary. Ankle-brachial index 0.9 and less, which detected after revascularization, indicates a high risk of postoperative complications in patients with peripheral artery disease.

Key words: ankle-brachial index, peripheral artery disease, revascularizing operations, postoperative complications.

Актуальность. Заболевание периферических артерий (ЗПА), в частности нижних конечностей, составляет около 20% от всей сердечно-сосудистой патологии [1]. Заболевание периферических артерий ухудшает качество жизни людей и повышает уровень инвалидности населения [2]. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) является основным неинвазивным методом для диагностирования ЗПА. Чувствительность данного метода диагностики достаточно высока (до 84%), как и специфичность (до 99%) На основании распространённости патологического значения ЛПИ в когортных исследованиях, можно сделать вывод о том, что более 200 млн. человек страдают ЗПА [3]. Значение ЛПИ ≤ 0,9 позволяет диагностировать у пациента ЗПА. При ЛПИ 0,91-0,99 возможно предположить ЗПА. Индекс >1,40 означает,

Репозиторий ГрГМУ

что артерии ригидные, плохо сжимаемы из-за кальцинированной стенки, что чаще встречается у пациентов с сахарным диабетом и/или хронической почечной недостаточностью. Значения ЛПИ от 0,41 до 0,90 трактуются как поражение периферических артерий средней степени тяжести, а от 0,00 до 0,40 – как тяжелое [4]. В раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших реваскуляризирующие вмешательства на магистральных артериях нижних конечностей, следует измерять ЛПИ [1]. Тромбоз шунта и/или артерии – наиболее распространённое осложнение у пациентов с ЗПА после реваскуляризирующих операций [5].

Цель. Определить взаимосвязь между показателем ЛПИ у пациентов с ЗПА, перенесших открытые реконструктивно-восстановительные вмешательства, и частотой послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. 64 пациента с поражением магистральных артерий ниже паховой связки, которые перенесли реваскуляризирующие операции, были включены в исследование. Измерение ЛПИ осуществлялось при помощи стационарного аппарата для ультразвуковой доплерографии и манжетки тонометра. Показатель ЛПИ измерялся до и после (5-7 сутки) реваскуляризации.

Результаты и обсуждение. В исследование вошли 55 (85,9%) мужчин и 9 (14,1%) женщин. Средний возраст исследуемых составил 62,4±7,6 года. Пациентам выполнили 66 реконструктивно-восстановительных операций. Из них было выполнено 53 (80,3%) бедренно-подколенных шунтирования (БПШ), 9 (13,6%) эндартерэктомий, 4 (6,1%) бедренно-берцовых шунтирования (ББШ). Все пациенты были прооперированы по поводу хронической артериальной недостаточности (ХАН). 49 (74,2%) реваскуляризаций было выполнено пациентам с ХАН 2Б стадии по классификации Фонтейна-Покровского, 8 (12,1%) – с ХАН III, 9 (13,7%) – с ХАН IV. Показатель ЛПИ до реваскуляризирующих операций составил 0,47±0,14. После реконструктивно-восстановительных вмешательств у пациентов наблюдалась положительная динамика со стороны оперированной нижней конечности, проявлявшаяся в повышении температуры кожных покровов конечности, исчезновении болей в покое и определении пульса ниже зоны реваскуляризации. Несмотря на это ЛПИ >0,9 диагностировался не у всех пациентов, а его средний показатель в послеоперационном периоде составил 0,84±0,21 ($p<0,05$).

Все пациенты были разбиты на две группы. В группу 1 вошли 34 пациента (30 мужчин, 4 женщины) с показателем ЛПИ после операции ≤0,9. Средний возраст пациентов в данной группе составил 64,1±7,4. В 22 случаях (62,9%) пациенты из группы 1 оперировались по поводу ХАН 2Б, в 6 случаях (17,1%) по поводу ХАН III, в 7 (20%) – ХАН IV. Данной группе пациентов было выполнено 35 реваскуляризирующих операций. Из них 29 (82,9%) БПШ реверсированной аутовеной, 4 (11,4%) ББШ реверсированной аутовеной, 2 (5,7%) эндартерэктомии. Дооперационный показатель ЛПИ в группе 1 составил 0,38±0,1, а послеоперационный – 0,69±0,15 ($p<0,001$). Группу 2 составили 30 пациентов (25 мужчин, 5 женщин) с ЛПИ >0,9. Средний возраст

Репозиторий ГрГМУ

пациентов в данной группе составил 60,5±7,6. В 27 случаях (87%) пациенты из группы 2 оперировались по поводу ХАН 2Б, в 2 случаях (6,5%) по поводу ХАН III, в 2 (6,5%) – ХАН IV. Данной группе пациентов было выполнено 31 реконструктивно-восстановительное вмешательство: 25 (80,6%) БПШ реверсированной аутовеной и 6 (19,4%) эндартерэктомий. Дооперационный показатель ЛПИ в группе 2 составил 0,57±0,24, а послеоперационный – 1,01±0,1 ($p<0,001$).

В течение однолетнего периода наблюдения в обеих группах после 66 реконструктивно-восстановительных вмешательств выявлен 21 (31,8%) случай послеоперационных осложнений. В группе 1 диагностировано 16 (45,7%) осложнений после 35 реваскуляризаций, в группе 2-5 (16,1%) после 31 операции. В группе пациентов с ЛПИ ≤0,9 после реваскуляризации, наиболее распространённым осложнением стал тромбоз шунта и/или артерии – 12 случаев. Ещё 3 случая инфицирования послеоперационной раны, 1 – лимфореи. У пациентов с ЛПИ >0,9 наиболее распространённым осложнением стала лимфорея – 4 случая. Был выявлен 1 случай тромбоза шунта и/или артерии.

Выводы. 1. Показатель ЛПИ ≤0,9, определённый в ранние сроки после реваскуляризации, свидетельствует о высоком риске развития послеоперационных осложнений у пациента с ЗПА. 2. Наиболее распространённым осложнением в группе пациентов с показателем ЛПИ ≤0,9, является тромбоз шунта и/или артерии, а в группе пациентов с ЛПИ >0,9 – лимфорея из области послеоперационной раны.

Литература

1. Покровский, А. В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А. В. Покровский. – Москва: Медицина, 2004. – 888с.
2. Steg, P. G. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis / P. G. Steg, D. L. Bhatt, P. W. Wilson // JAMA. – 2007. – № 297. – P. 1197-1206.
3. Fowkes, F. G. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis / F. G. Fowkes, D. Rudan, I. Rudan // Lancet. – 2013. – № 382. – P. 1329-1340.
4. Gerhard-Herman, M. D. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease / M. D. Gerhard-Herman, H. L. Gornik, C. Barrett // Circulation. – 2017. – V.135, № 12. – P. 686-725.
5. Панасюк, О.В., Могилевец Э.В., Горячев П.А., Васильчук Л.Ф. Ранние осложнения после реваскуляризирующих вмешательств на артериях нижних конечностей у пациентов с облитерирующим атеросклерозом // К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области: сборник статей. – 2019. – С. 159-163.

Репозиторий ГрГМУ

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Петельский Ю. В.

Санаторно-курортное унитарное предприятие «Белпрофсоюзкурорт», г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. В статье показана значимость своевременной госпитализации и обоснованной организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на региональном уровне, на примере Гродненской области.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, Гродненская область, острые нарушения мозгового кровообращения, госпитализация

THE ROLE OF ROUTING AND HOSPITALIZATION IN PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS

Piatselski Y. V.

Health and care resort unitary enterprise «Belprofsoyuzkurort», Minsk, Belarus

Summary. The article shows the importance of timely hospitalization and reasonable organization of medical care for patients with acute cerebral circulatory disorders at the regional level, using the example of the Grodno region.

Key words: organization of medical care, Grodno region, acute disorders of cerebral circulation, hospitalization

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) относятся к патологии, при которой особенно важной является организация своевременной госпитализации. Длительность интервала времени от появления симптомов заболевания до начала специализированного лечения (тромболизис или механическая тромбэктомия) принимается во многих странах как целевой показатель качества организации медицинской помощи пациентам с ОНМК. Это обусловлено ограниченностью временного промежутка в рамках продолжительности терапевтического окна, в период которого возможно применение указанных методов – 4,5 часа для тромболизиса и 6 часов для тромбэктомии [1].

Для наличия возможности оказания медицинской помощи во время терапевтического окна применяются различные организационные приёмы, как, например, транспортировка пациента в отделение РКТ/МРТ минуя приемное

Репозиторий ГрГМУ

отделение, совершенствование логистики в пределах госпитального учреждения. В университетской клинике г. Сент-Луис по аналогии с ранее применявшейся системой оповещения и координации специалистов кардиологического профиля была создана система «Код – инсульт», позволившая статистически значимо сократить длительность интервала до начала специализированного лечения [2]. Специальные организационные подходы использовались также при проведении пилотного многоцентрового клинического исследования ТЛТ с альтеплазой, проведенного Национальным институтом неврологических расстройств и инсульта США [3]. Включенные в проект клинические центры отработали общий системный подход для повышения числа пациентов с ишемическим инсультом, соответствующих критериям отбора. В каждой клинике формировалась инсультная группа – мультидисциплинарная команда, участвующая в диагностике и лечении рандомизированных пациентов [4]. С целью сокращения временно́го промежутка между поступлением в клинику и стартом ТЛТ (door-to-needle time, DNT) были разработаны стандартные операционные процедуры и системы связи между участниками процесса, что позволило сократить DNT до 55 минут и поднять пропорцию пациентов, имеющих показания для реперфузионной терапии [5].

Задачу укорочения интервала DNT ставят профессиональные ассоциации и общества. Так, в клинических рекомендациях 2018 года по диагностике и лечению инфаркта мозга Американской кардиологической ассоциации и Американской ассоциации по проблеме инсульта (American Heart Association and American Stroke Association, AHA/ASA) принят целевой показатель – DNT в пределах 60 минут у половины пациентов, имеющих показания для ТЛТ [6].

Исследователи из регионального сосудистого центра города Красноярск провели анализ отдельных этапов ведения пациента, имеющего показания для ТЛТ, и выявили ключевые организационные звенья, потенциально удлиняющие DNT: оперативность первичного осмотра при поступлении; скорость доступа в отделение РКТ и интерпретации результатов томографии; быстрота выполнения базовых лабораторных исследований. Проведенный комплекс мероприятий по коррекции указанных ключевых звеньев позволил сократить DNT и увеличить за два года число реперфузионных процедур в 2 раза [7].

В Гродненской области был выполнен организационный эксперимент по разработке и внедрению модели организации медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на региональном уровне. Анализ действовавшего до 2016 года порядка выявил ряд недостатков: отсутствие специализированных инсультных отделений / коек в ряде районов области, малая доступность в экстренном порядке методов нейровизуализации для обследования пациентов с ОНМК в зоне обслуживания ЦРБ, где нет соответствующего оборудования, низкий (в 2014 – 0,5%, 2015 – 1,1%) удельный вес тромболизиса при инфаркте мозга, недостаточная организация контроля и анализа проведения ТЛТ в Гродненской области со стороны областного специалиста и организационно-методической службы, отсутствие контроля

Репозиторий ГрГМУ

информированности населения о симптомах инсульта и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью, отсутствие утвержденного метода оценки качества организации медицинской помощи пациентам с ОНМК. Методом SWOT-анализа установлено, что наиболее значимой сильной стороной (S) для обеспечения эффективной своевременной медицинской помощи пациентам с ОНМК является наличие в стационаре оборудования для нейровизуализации, наиболее значимой слабой стороной (W) – расположение стационара, имеющего оборудование для проведения нейровизуализации в пределах более чем часовой транспортной доступности от любой точки закрепленного региона. В рамках разработанной модели в 2016 году были выделены межрайонные ресурсные центры, разработаны дорожные карты и организована маршрутизация пациентов. В сети межрайонных ресурсных центров была организована возможность проведения тромболизиса и обеспечен контроль маршрутизации пациентов с ОНМК.

Анализ результатов работы модели показал, что, по данным анализа всех выполненных в области тромболизисов (n=248, 2016 – 2018 годы), регистрируется выраженный рост охвата тромболизисом при ОНМК с 2016 (1,64%) по 2017 год (4,14%) и стабилизация значений 2018 году (3,85%). Рост характерен для пациентов, проживающих как в городе, так и в сельской местности. Вместе с тем, если в городе рост обеспечен статистически значимым ($p<0,007$) увеличением охвата тромболизисом среди пациентов обоих полов, то в сельской местности – за счёт пациентов мужского пола. Рост у мужчин, проживающих в селе, в 2016-2017 годах являлся выраженным ($\chi^2=7,72$, $p=0,006$). Наблюдается ежегодное сокращение времени обращения за медицинской помощью от начала симптомов заболевания (с 36,4 ±0,03 минут в 2016 году до 25,79 ± 0,02 минут в 2018 году ($p<0,05$). Это говорит о повышении знаний пациентов о первых симптомах ОНМК и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью; уменьшение времени от доставки в приемное отделение до начала проведения ТЛТ с 79,92 ± 0,07 минут в 2016 году до 61,55 ±0,06 минут в 2018 году ($p<0,05$); несмотря на увеличение времени доставки в приемное отделение межрайонного ресурсного центра от момента вызова скорой медицинской помощи (M±m): с 41,73±0,04 до 56,26 ±0,05 минут ($p<0,05$), время от начала симптомов ОНМК до начала ТЛТ уменьшилось (M±m): с 155,90 ± 0,14 минут в 2016 году до 147,47 ± 0,14 минут в 2018 году, ($p<0,05$). Среди пациентов, которым выполнено ТЛТ на базе ЦРБ, также отмечается сокращение времени от момента появления симптомов заболевания до вызова скорой медицинской помощи (2016 год – 38,67± 0,06 минут, 2017 год – 36,87±0,06 минуты, 2018 год – 22,46±0,04 минуты, $p<0,05$); время от момента доставки пациента в приемное отделение до начала проведения тромболизиса снизилось с 59,33± 0,12 минут в 2016 году до 50,25 ± 0,1 минуты в 2018 году, $p<0,05$); временной промежуток от начала заболевания до проведения ТЛТ снизился от значений 141,00± 0,28 минут в 2016 году до 135,20 ± 0,26 минут в 2018 году, $p<0,05$).

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, внедренная в Гродненской области организационная модель доказала свою эффективность в организации экстренной госпитализации пациентов с ОНМК.

Литература

1. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association / W. J. Powers [et al.] // Stroke. – 2018. – Vol. 49.(3) – e46–e99. – doi: 10.1161/STR.0000000000000158
2. Code stroke. An attempt to shorten inhospital therapeutic delays / C. R. Gomez [et al.] // Stroke. – 1994. – Vol. 25. (10) – P.1920-1923. – doi: 10.1161/01. str.25.10.1920
3. Delays in door-to-needle time for acute ischemic stroke in the emergency department: a comprehensive stroke center experience / A. Mowla [et al.] // J. Neurol. Sci. – 2017. – Vol. 376. – P. 102-105. – doi: 10.1016/j.jns.2017.03.003
4. Delays in door-to-needle times and their impact on treatment time and outcomes in Get With The Guidelines-Stroke / N. Kamal [et al.] // Stroke. – 2017. – Vol. 48. (4) – P. 946-954. –doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015712
5. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care / The Nat. Ins. of Neurolog. Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group // Stroke. – 1997. – Vol. 28 (8). – P. 1530-1540. – doi: 10.1161/01.str.28.8.1530
6. Grone, O. Integrated care. A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Care Services [Electronic resource] /O.Grone, M.Garcia-Barbero//Int.J.Integr.Care.–2001. – № 1(2). –P. e21. – http://doi.org/10.5334/ijic.28.–Mode of access: https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.28/.– Date of access:11.05.2018
7. Результаты внедрения стандартизации процесса госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в региональном сосудистом центре / П. Г. Шнякин [и др.] // Нервные болезни. – 2017. – № 1. – С. 3-9.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОБЪЕКТ КОНТРОЛЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМНЫХ КОМИССИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф.

Брестский областной кардиологический диспансер, г. Брест, Республика Беларусь

Резюме. В работе представлено обоснование использования в деятельности проблемных комиссий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по Брестской области информационно-аналитического алгоритма оценки организации и эффективности диспансеризации населения в отношении болезней системы кровообращения, показан эффект внедрения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, Брестская область, диспансеризация, проблемные комиссии Министерства здравоохранения

Репозиторий ГрГМУ

DISPENSARIZATION OF POPULATION AS AN OBJECT OF CONTROL IN THE ACTIVITIES OF PROBLEM COMMISSIONS OF THE MINISTRY OF HEALTH

Pabivantsava N. F.

Brest Regional Cardiology Dispensary, Brest, Belarus

Summary. Article provides a justification for the use of the information and analytical algorithm for assessing the organization and effectiveness of dispensarization of the population for cardiovascular diseases in the activities of problem commissions of the Ministry of Health of the Republic of Belarus in the Brest region.

Key words: cardiovascular diseases, Brest region, dispensarization, problem commissions of the Ministry of Health

В решении проблемы демографической безопасности в Республике Беларусь в современных условиях значимым направлением является комплекс мер, направленный на снижение смертности населения. Для обеспечения контроля мероприятий, реализуемых в данном направлении, приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь (№ 78 с изменениями от 16.10.2006, № 805 от 09.10.2007, № 674 от 07.07.2009, № 298 от 23.03.2009, № 271 от 19.03.2010, № 1074 от 12.10.2010) создавались комиссии и подкомиссии в составе ведущих специалистов страны по различным направлениям медицинской деятельности (утверждались пофамильно). Деятельность комиссий регулирует приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.03.2011 № 212 «О совершенствовании работы проблемных комиссий Министерства здравоохранения Республики Беларусь и утверждении Инструкции о порядке работы проблемных комиссий», где определены критерии оценки комиссией основных результатов деятельности организаций здравоохранения. Приказы управления здравоохранения, издаваемые в ответ на требования Министерства здравоохранения, регулируют и уточняют содержание контролирующей функции комиссий и подкомиссий на уровне области. Руководством кардиологической службы Брестской области, как основным исполнителем по разделу болезней системы кровообращения, была поставлена задача разработать и внедрить унифицированный алгоритм организационно-методической и аналитической составляющих оценки качества деятельности проблемных комиссий Министерства здравоохранения по контролю за демографической ситуацией в связи с болезнями системы кровообращения в области.

Совершенствование технологического процесса оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, оптимизированное внедрение и развитие высокотехнологичных методик, в том числе включение межрайонных кардиологических центров в этот процесс, а так же

Репозиторий ГрГМУ

распределение потоков пациентов из групп кардиоваскулярных рисков по уровням оказания помощи с учетом сил и средств, находящихся в распоряжении учреждений здравоохранения области, позволили Брестской области занять лидирующие позиции в стране по выполнению для населения высокотехнологичных методик. Вместе с тем, не менее значимой составляющей в организации медицинской помощи контингенту населения с болезнями системы кровообращения является контроль над диспансеризацией населения и охватом диспансерным динамическим наблюдением.

Для охвата диспансеризации контрольно-аналитической деятельностью проблемных комиссий министерства здравоохранения в Брестской области использован аналитический алгоритм, согласно которому анализируются уровни заболеваемости: первичная заболеваемость как индикатор раннего выявления и общая заболеваемость – как показатель регистрации ранее выявленной патологии при ежегодном посещении для диспансерного динамического наблюдения. Проводится оценка динамики показателей как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте, а так же как в целом по разделу болезней системы кровообращения, так и по основным «структурным» нозологиям, таким как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, и иные.

Эти данные позволяют:

- Сделать вывод об уровне заболеваемости с патологией системы кровообращения и основных нозологий в сравнении со среднеобластными показателями, их соответствии количеству населения и отчетному показателю диспансеризации населения.
- Спланировать в соответствии с показателями количество необходимых клинических и функциональных исследований по учреждениям.
- Определить рост либо снижение заболеваемости региона болезнями системы кровообращения в целом и по основным нозологиям раздела, оценить состоятельность профилактических мероприятий.
- Выявить, за счет каких нозологий формируется болезни системы кровообращения (наибольший удельный вес и уровень верификации диагнозов), то есть уровень распространённости артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, и так далее. Преобладание той или иной формы свидетельствуют о недоступности диагностических методик (СМАД, ВЭМ) и гипердиагностике либо недостаточной диагностике тех либо иных форм болезней системы кровообращения и, как следствие, позволяет определить вероятность неэффективности/эффективности применяемых диагностических и лечебных мероприятий и взаимосвязь с динамикой демографических процессов в регионе.
- Сопоставить уровни заболеваемости с охватом диспансерного динамического наблюдения подлежащего контингента, их соответствие требованиям нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений

Репозиторий ГрГМУ

здравоохранения областных исполнительных комитетов, а в случае максимального показателя (98-100% по отчетным данным) – оценить качество оказываемой помощи на фоне роста инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения.

По данным первичной заболеваемости можно также определить, за счет каких форм патологии происходит выявление болезней системы кровообращения: например, в случае преобладания и роста за пятилетний либо сопоставимый период острых форм заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, нестабильная стенокардия) можно сделать вывод о неудовлетворительной работе учреждений здравоохранения по диспансеризации населения и о низком уровне профилактической работы. Также, преобладание острого инфаркта миокарда над нестабильными стенокардиями, требует анализа и изучения вопроса действующего в регионе алгоритма работы с острым коронарным синдромом.

– Оценить уровень охвата диспансерным динамическим наблюдением по разделу болезней системы кровообращения, в том числе с распределением по нозологиям, определить достоверность отчетности региона о проводимой диспансеризации, выяснить причины отклонения показателей и выделить нозологические формы болезней системы кровообращения, имеющий наименьший охват диспансерного динамического наблюдения, что позволит определить комплекс мер, направленных на предоставление достоверной информации; на организацию преемственности первичного звена и врачей-специалистов (неврологов, кардиологов) при проведении диспансерного динамического наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения; на усиление мотивации населения к ведению здорового образа жизни и приверженности к лечению.

Для подтверждения тех либо иных выводов, касающихся достоверности выставленных диагнозов и их статистической регистрации, эффективности применяемых лечебно-диагностических методик, утвержденных МЗ РБ в клинических протоколах по разделу болезней системы кровообращения, уровня организации диспансерного динамического наблюдения, проводится анализ амбулаторных карт пациентов с болезнями системы кровообращения, в том числе умерших либо вышедших на инвалидность по этой причине.

Показателем эффективного проведения диспансеризации населения является уровень первичного выхода на инвалидность по причине болезней системы кровообращения и его тяжесть. По этому показателю информативным является анализ динамики за пять лет среди населения региона по сравнению со среднеобластными показателями с разбивкой на все население и трудоспособный возраст, а также динамика показателя по основным нозологическим формам болезней системы кровообращения. Анализируя соотношение цифр и их динамику, можно сделать вывод о состоянии профилактических, лечебно-диагностических мероприятий в регионе за длительный период, а сопоставив полученную информацию с анализом

Репозиторий ГрГМУ

амбулаторных карт пациентов, вышедших на инвалидность по причине болезней системы кровообращения, для изучения полноты мероприятий, соответствия их требованиям клинических протоколов, определить уровень контроля со стороны администрации за качеством оказания медицинской помощи в регионе по данному разделу работы.

Для изучения состояния преемственности в регионе между всеми этапами оказания помощи (амбулаторно-поликлинический, СМП, стационар) при острых состояниях оцениваются показатели летальности от ОИМ и ОНМК в течение пяти лет и в текущем сопоставимом периоде, их уровень относительно среднеобластного показателя. При превышении последнего, проводится запрос медицинской документации, осуществляется ее полный анализ с изучением экспертной оценки (I-III уровни), ее соответствие выявленным недостаткам.

Совокупность полученной информации позволяет определить причинно-следственные связи, влияющие на демографические процессы в регионе в пределах компетенции здравоохранения и дать рекомендации по дальнейшему совершенствованию тех или иных направлений деятельности.

Вышеизложенные меры были реализованы в Брестской области начиная с 2011 по 2018 год. Внедрение предложенного комплекса мер, в том числе мер по контролю над диспансеризацией населения на терапевтическом участке, в работу проблемных комиссий, позволил выявить проблемные зоны и организовать работу таким образом, что в период с 2011 по 2019. годы значительно увеличился процент охвата пациентов с БСК диспансерным динамическим наблюдением (2012 год – 78%, до 89% – 2018 год, а в трудоспособном возрасте с 87% до 90,6% соответственно).

Это, в свою очередь, увеличило показатель выявляемости и регистрации болезней системы кровообращения, что отразилось на показателях заболеваемости. Так, общая заболеваемость БСК с 2011 по 2018 год выросла с 1522,4 до 1698,2 случаев на 10000 населения, в т. ч. ИБС с 398,4 до 442,9 случаев на 10000 населения. Отрадно, что в результате проводимой вторичной профилактики БСК и их осложнений снизилось количество регистрируемых острых инфарктов миокарда с 7,3 до 6,6 случаев на 10000 населения.

За период с 2011 по 2018 год общая смертность населения в Брестской области по причине БСК снизилась с 741,5 на 100 тыс. до 722.1 на100 тыс., достигнув наименьшего значения в 2015 году – 695,9 на 100 тыс. При этом значимо снизилась смертность по причине «старость» с 200,4 на 100 тыс. в 2011 до 127,8 на 100 тыс. в 2018 году, обусловив лишь некоторый рост удельного веса хронической ИБС в структуре смертности (с 568,9 на 100 тыс. до 587.1 на 100 тыс.). В трудоспособном возрасте смертность от БСК снизилась со 174,1 на 100 тыс. до 143.7 на 100 тыс., определив снижение удельного веса всех основных нозологий раздела в структуре (ИБС: со 109,0 на 100 тыс. до 87.6 на 100 тыс.), ЦВБ: с 33,1 до 27,7 на 100 тыс. Максимальное снижение показателя достигнуто в 2015-2016 гг. – до 21,2 на 100 тыс. и 21,7 на 100 тыс. соответственно, некоторый рост до 24,7 на 100 тыс. в 2017 году, 27,7 на 100 тыс. в 2018 году, отмечен в связи с изменением законодательства о

Репозиторий ГрГМУ

пенсионном обеспечении (увеличился возраст выхода на пенсию, когда часть населения из категории «старше трудоспособного» перешла в категорию «трудоспособное население».

Комплекс предложенных мер позволил снизить смертность населения от острой сердечно-сосудистой патологии как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте (таблица 1)

Таблица 1. – Смертность населения по причине острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и других острых форм (I24.8) в 2011 и 2018 годах, соответственно

		2011, случ на 100тыс.нас	2018, случ на 100 тыс.нас
ОИМ	все	12,2	11,4
	труд.	4,7	4,5
ОНМК	все	88,7	66,3
	труд.	29,6	24,2
Др. острые формы	все	8,0	3,3
	труд.	9,5	4,1

Как видно из выше обозначенной динамики основных демографических показателей, предполагается переход социального эффекта проводимого эксперимента в экономический, когда количество выживших лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста, занятых в трудовом процессе, смогли бы вносить свой вклад в показатели экономики области и страны.

Также значимый экономический эффект предполагается достичь:

- снижением количества заболеваний, требующих значительных затрат – ОИМ, ОНМК;
- снижением первичной инвалидности и ее тяжести по причине болезней системы кровообращения;
- снижением сроков госпитализации и сроком нахождения на больничном листе по причине болезней системы кровообращения;
- оптимизацией лечебно-диагностического процесса и соблюдением поточности пациентов по уровням оказания помощи.

Таким образом, нами предложен организационный эксперимент, позволивший значительно повлиять на демографические показатели регионов по разделу болезней системы кровообращения в пределах компетенции кардиологической службы.

Репозиторий ГрГМУ

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Приходько А. С., Трусь Е. И., Приходько В. С., Аникин А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Детская поликлиника № 2 г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Здоровье детей определяет репродуктивный потенциал нации. Детская инвалидность приводит к сокращению продолжительности жизни, ухудшению качества жизни этих детей, нагрузку на экономику государства.

Ключевые слова: инвалидность, ребёнок-инвалид, медицинская реабилитация, профилактика.

ANALYSIS OF PRIMARY DISABLEMENT

Prikhodko A. S., Trus E. I., Prikhodko V. S., Anikin A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Children's Hospital № 2 Grodno, Belarus

Summary. The health of children determines the reproductive potential of a nation. Children's disabilities lead to a reduction in life expectancy, a deterioration in the quality of life of these children, and a strain on the state's economy.

Key words: disability, children with disabilities, medical rehabilitation, prevention.

Проанализировать выход детей на первичную инвалидность за 2019 год в сравнении с предыдущим годом.

Источником информации служили отчётные формы по первичной инвалидности детского населения, наблюдающиеся в городской детской поликлинике областного центра за 2019 год.

Впервые на инвалидность за 2019 год вышло 56 детей от 0 до 17 лет (16,5‰). В 2018 году (64 ребенка от 0 до 17 лет (19,2‰)). Наблюдается снижение количества вышедших на инвалидность в абсолютных цифрах на 8 человек (на 14,1%), снижение интенсивного показателя на 2,2%. Среди вышедших впервые на инвалидность в 2019 году детей 66,1% (37 человек) составили мальчики и 34,0% (19 человек) девочки. Среди детей и подростков случаев выхода на инвалидность меньше, чем в 2018 году таблица 1.

Таблица 1 – Показатель выхода на первичную инвалидность

Год	Возраст			
	0-14 лет		15-17 лет	
	Кол-во	‰	Кол-во	‰
2019	53	18,4	3	5,8
2018	59	20,2	5	12,1

Репозиторий ГрГМУ

По структуре первичной инвалидности в 2019 г. лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врожденные аномалии и хромосомные нарушения, болезни эндокринной системы. В 2018 г. лидировали врожденные аномалии, психические расстройства и расстройства поведения, болезни эндокринной системы, болезни нервной системы рисунок 1.

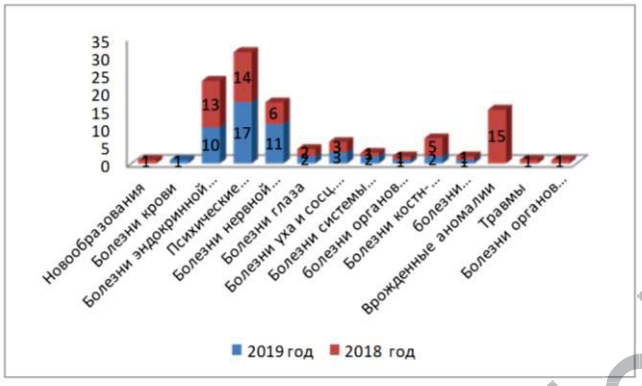


Рисунок 1. – Распределение первичной инвалидности
в случаях по нозологии 2018, 2019 годы

По сравнению с аналогичным периодом 2018 года наблюдается рост по болезням нервной системы, по психическим расстройствам, по болезням системы кровообращения; по болезням крови и кроветворных органов; по болезням мочеполовой системы. Снижение среди лиц, впервые вышедших на инвалидность, наблюдается по врожденным аномалиям и хромосомным нарушениям; по болезням эндокринной системы; по последствия травм; по новообразованиям; по болезням бронхо-легочной патологии.

Таблица 2 – Распределение по возрасту

Год	до 1года, %	от 1 до 4 лет, %	от 5 до 9 лет, %	от 10 до 14лет, %	15-17 лет, %
2019	17,9	32,1	35,7	8,9	5,4
2018	15,6	39,1	21,9	15,6	7,8

Наблюдается снижение первичной инвалидности среди детей в возрасте среди детей от 1 года до 4 лет, от 10 до 14 лет, среди подростков.

По степени утраты здоровья первичная инвалидность распределена следующим образом:

Таблица 3 – Распределение по степени утраты здоровья

2019год			2018год		
СУЗ	Кол-во	%	СУЗ	Кол-во	%
I	18	32,1	I	30	46,9
II	22	39,3	II	15	23,4
III	10	17,9	III	15	23,4
IV	6	10,7	IV	4	6,3
Всего	56	100	Всего:	64	100

Репозиторий ГрГМУ

По степени утраты здоровья (СУЗ) инвалидность за 2019 год менее выражена, т.к. больше на инвалидность впервые вышли дети со второй СУЗ – 39,3% – 22 детей. На втором месте дети со 1 СУЗ – по 32,1% – 18 человек. Третья СУЗ – на 3 месте 17,9% – 10 случаев. Четвертая СУЗ – на 4 месте 10,7% – 6 случаев.

По сравнению с предыдущим периодом, увеличилось количество детей вышедших на инвалидность с 2 СУЗ на 31,8% (на 7 случаев) и с 4 степенью утраты здоровья на 33,3% (на 2 случая). Снижение количества детей по СУЗ наблюдается среди детей с 1 степенью утраты здоровья на 40,0% (на 12 случаев), с 3 степенью утраты здоровья на 33,3 % (на 5 случаев).

Реабилитировано за 2019 год 12 детей (1 ребенок с 4 СУЗ и 11 детей с 1 СУЗ), за 2018 год 12 детей (4 ребенка со 2 СУЗ и 8 детей с 1 СУЗ).

Первичный выход на инвалидность по сравнению с 2018 годом ниже. В структуре первичной инвалидности за 2019 год лидируют психические расстройства и расстройства поведения, нервной системы, врожденные аномалии и хромосомные нарушения, болезни эндокринной системы. Тяжесть первичной инвалидности за 2019 год менее выражена, чем в 2018 году.

Необходимо обеспечить максимальный охват восстановительным лечением согласно индивидуальной программы реабилитации с целью профилактики инвалидности. Шире проводить пропаганду здорового образа жизни среди населения. Постоянно внедрять заимствованные методики, рацпредложения по реабилитации детей на амбулаторном этапе. Использовать современные методы лечения, реабилитационные методики, компенсации техническими средствами. Своевременно направлять больных детей в центры реабилитации. Продолжить работу по профилактике травматизма в целях снижения детской инвалидности. Эффективно использовать для реабилитации детей до 3 лет с патологией нервной системы центр раннего вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Русин И. В.[1], Шило Р. С.[1], Карпович В. Е.[2], Русина А. В.[3]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[2]
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь[3]

Резюме. Число пациентов с желчнокаменной болезнью увеличивается вдвое каждое десятилетие, одновременно увеличивается количество лиц с осложненными формами данной патологии (холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха). Летальность при осложненной форме желчнокаменной

Репозиторий ГрГМУ

болезни достигает 4,7-28,5%, при этом отсутствует возможность прогноза прогрессирования заболевания до билиарного сепсиса и летального исхода.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холангит, механическая желтуха, острый холецистит, сепсис.

TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE COMPLICATED BY CHOLANGITIS

Rusin I. V.[1], Shilo R. S.[1], Karpovich V. E.[2], Rusina A. V.[3]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[2]
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus[3]

Summary. The number of patients with gallstone disease doubles every decade, at the same time the number of people with complicated forms of this pathology (choledocholithiasis, cholangitis, obstructive jaundice) increases. Mortality in the complicated form of gallstone disease reaches 4.7-28.5%. Till now there is no possibility of predicting the progression of the disease to biliary sepsis and death.

Key words: gallstone disease, cholangitis, obstructive jaundice, acute cholecystitis, sepsis.

Цель: проанализировать опыт лечения пациентов с острым холангитом и выработать оптимальные подходы к лечению данной патологии.

Материал и методы. Основными причинами развития острого холангита являются: инфицирование желчи, при этом для развития инфекции необходимо наличие органического субстрата в желчи (слизь, фибрин, слущенные клетки или содержимое желудочно-кишечного тракта при рефлюкс-холангите), поверхностью для колонизации микробной флоры служат камни, лигатуры, стенты, фрагменты пищи, паразиты и пр.; затруднение оттока желчи из билиарного дерева из-за внезапной полной блокады (холедохеальная колика) либо хроническое нарушение билиарной проходимости с рецидивирующими полными нарушениями оттока.

Диагностическими критериями острого холангита являются (TG, 2018):

A. Системное воспаление (A-1 – гипертермия >38*C с ознобом, A-2 – признаки воспалительного ответа (CRP >1 мг/дл, количество лейкоцитов >10 или <4),

B. Холестаз (B-1 – желтуха, B-2 – лабораторные данные: гипербилирубинемия при уровне общего билирубина >35 мкмоль/л, отклонение от нормы печеночных проб больше, чем в 1,5 раза),

C. Данные визуализационных исследований (C-1 – дилятация желчных протоков, C-2 – визуализация причины холангита: камни, стриктура, стент и пр.

В УЗ «Гродненская университетская клиника» в 2014-2018 годах по поводу механической желтухи доброкачественного генеза пролечено 306

Репозиторий ГрГМУ

пациентов, из них женщин 195, мужчин 111, средний возраст – 66±16 лет. Средняя длительность желтухи до поступления в стационар составила 14,9 дней, средний срок пребывания в стационаре – 18±8,6 койко-дней, а средний предоперационный койко-день 4,5±3,8.

Причиной механической желтухи явились: ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом и холедохолитиазом – 156 пациентов, ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом в сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха -75, ЖКБ с хроническим калькулезным холециститом и стриктурой терминального отдела холедоха -8, ПХЭС (холедохолитиаз и стриктура терминального отдела холедоха) -59 пациентов, синдром Миризи – 5, состояние после наложения билиодигестивного анастомоза – 3 пациента.

Клиническая картина сопровождалась триадой Шарко либо пентадой Рейнольдса. Из инструментальных методов диагностики скриннинговым методов являлось УЗИ обследование, использовалась дуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка (оттока желчи не было в 143 случаях, в 163 отток желчи визуализировался, в 8-диагностирован дивертикул 12-перстной кишки в области БДС, затрудняющий отток желчи), МРТ-холангиопанкреатография либо КТ, чрезкожная чрезпеченочная холангиография (высокие рубцовые стриктуры, долевые и сегментарные окклюзии, а также в ситуациях, требующих выполнения лечебных антеградных эндобилиарных процедур). Из 306 пациентов с механической желтухой количество лейкоцитов крови превышало 12*10*9/л в 89 случаях, уровень билирубина превышал 35 мкмоль/л у 176 пациентов, дилятация желчных протоков методами визуализации отмечалась у 286 пациентов. При этом диагноз острого холангита выставлен лишь в 72 случаях, из них в 27 случаях этот диагноз выставлялся после выполненной операции, на которой визуализировалась гнойная желчь, отек стенок гепатикохоледоха, а также после результатов посева желчи на питательные среды. Стартовая консервативная терапия при остром холангите включала адекватную антибактериальную терапию с 1-го часа поступления пациента (с учетом чувствительности выделенной микрофлоры или эмпирически согласно клиническим протоколам), при этом рекомендовано внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия, дозировку препаратов с холангиогенным сепсисом необходимо корректировать ежедневно; спазмолитические, М-холинолитические и противовоспалительные средства для снятия спазма и снижения интенсивности секреторных процессов, уменьшения воспалительного отека стенок протоков и увеличения их просвета; инфузионная терапия, коррекция гиповолемии, нарушений водно-электролитного баланса, свертывающей системы крови, уровня гликемии, других органных дисфункций. Отсутствие положительного ответа на стартовую терапию – показание для декомпрессии желчных протоков одним из методов: эндоскопическое ретроградное дренирование желчных протоков (назобилиарный дренаж, стентирование, папиллодилятация, папиллотомия);

Репозиторий ГрГМУ

чрезкожное чрезпеченочное пункционное дренирование желчных протоков; трансабдоминальное наружное или внутреннее дренирование желчных протоков (видеолапароскопия, минидоступ, лапаротомия). К трансабдоминальным дренирующим операциям при остром холангите относятся: холецистостомия (пункционная под УЗИ-наведением, лапароскопическая, из минидоступа или при традиционной лапаротомии); холецистэктомия с холедохолитотомией с наружным или внутренним дренированием желчных протоков.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар пациентов с острым холангитом назначалась интенсивная комплексная консервативная терапия в соответствии с вышеописанными принципами. При наличии у пациентов гнойного холангита декомпрессия выполнялась в срочном порядке в течение первых 6-8 часов с момента поступления. В остальных случаях решение о декомпрессии желчных протоков при механической желтухе принималось в течение 24 часов после поступления в стационар для профилактики развития холангита. Окончательными вариантами оперативных вмешательств у пациентов стали: трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой, дренирование гепатикохоледоха (по Вишневскому, Керте, по Пиковскому или другими методами) выполнена 121 пациенту, в 91 случае – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, 79 пациентам наложен билиодигестивный анастомоз (в 38 случаях ХДА по Финстереру, в 23 – по Флеркену, в 18 случаях наложен ХДА по Юрашу-Виноградову), в 8-гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки), в 4 случаях выполнено двойное внутреннее дренирование желчевыводящих путей, в 1 случае – пластика гепатикохоледоха на скрытом дренаже. Летальных исходов не было.

Выводы. Острый холангит – тяжелое воспаление желчных протоков, которое может привести к развитию билиарного сепсиса, септического шока и летального исхода.

Результаты лечения зависят от адекватности как консервативного лечения, так и своевременности выполнения декомпрессии желчевыводящих протоков либо с использованием малоинвазивных технологий либо путем выполнения традиционных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ахаладзе, Г. Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? // Г. Г. Ахаладзе / Анналы хирургической гепатологии, 2009. – Т.14. – №4. – С.9-15.
2. Хаджибаев, Ф. А. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической желтухе неопухолевой этиологии // Ф. А. Хаджибаев / Скорая медицинская помощь, 2014. – №2. – С. 26-30.

Репозиторий ГрГМУ

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА

Салко О. Б.[1], Щавелева М. В.[2]

Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения,
г. Минск, Республика Беларусь[1]
Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь[2]

Резюме. Сахарный диабет 1 типа заболевание, развитие которого невозможно предотвратить, но развитие осложнений которого, приводящих к сокращению и снижению качества жизни, можно предупредить. Немаловажную роль в этом играют мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи. Одно из них – мониторинг мнений пациентов по вопросам ее оказания.

Ключевые слова: сахарный диабет (СД), удовлетворенность, пациент.

STUDYING SATISFACTION BY PROVIDING MEDICDL CARE TO PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE I AS A DIRECTION FOR IMPROVING QUALITY OF MEDICAL CARE

Salko O. B.[1], Schaveleva M.V.[2]

Republican Center of Medical Rehabilitation and Balneotherapy, Minsk, Belarus[1]
Belarussian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus[2]

Summary. Type 1 diabetes mellitus is a disease the development of which cannot be prevented, but the development of its complications, leading to a reduction and decrease in the quality of life, can be prevented. An important role in this played by measures aimed at improving the quality of medical care. One of them is monitoring the opinions of patients on the issues of its provision.

Key words: diabetes mellitus, satisfaction, patient.

На сегодняшний день сахарный диабет может рассматриваться как индикатор эффективности систем здравоохранения, поскольку СД – это четко определенное и довольно легко диагностируемое заболевание [1]. Ведение данного заболевания требует преемственности различных звеньев оказания медицинской помощи, четко скоординированных мероприятий, направленных на обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средствами и технологиями оказания медицинской помощи, а также активного участия самого пациента в процессе лечения. Все вышеперечисленное приобретает

Репозиторий ГрГМУ

особую актуальность, когда мы говорим о пациентах с СД 1 типа – заболевания, характеризующегося сокращением жизни и значительным ухудшением ее качества. СД 1 типа – заболевание, развитие которого невозможно предотвратить, но развитие осложнений которого, приводящих к сокращению и снижению качества жизни, можно предупредить, в т.ч. за счет активной вовлеченности в лечебный процесс самого пациента [1]. Одним из критериев этой вовлеченности является постоянный мониторинг мнений пациентов об их удовлетворенности различными аспектами лечебного процесса.

Нами на основе авторской анкеты (Салко О. Б.), прошедшей рецензирование в Институте социологии НАН Беларуси (рецензия доцента В. Р. Шухатович), была изучена удовлетворенность пациентов с СД 1 типа оказываемой медицинской помощью: доступностью посещения медицинских работников, удовлетворенностью получаемым лечением. Изучались вопросы участия пациентов в принятии решений по поводу своего заболевания и др. На вопросы анкеты ответили взрослые (≥18 лет) пациенты с СД 1 типа (N=442), представлявшие все регионы Республики Беларусь. Средний возраст опрошенных составил 39,84±1,31 лет. Гендерный состав: 49,10% респондентов – мужчины (n=217), 50,90% – женщины (n=225). Средний «стаж заболевания» респондентов составил 17,83±1,08 года; у 38,46% респондентов (n=170) заболевание протекало более 20 лет.

Большинство пациентов – 62,22% (n=275) оценило состояние своего здоровья как «удовлетворительное», 21,95% (n=97) – как «хорошее», 2,49% (n=11) – как «очень хорошее». «Плохим» состояние своего здоровья считают 12,22% (n=54 респондента) и «очень плохим» 1,13% (n=5). Выявлено достоверное влияние стажа заболевания на самооценку здоровья (критерий Краскала-Уоллиса, p=0,002). Данное влияние объясняется, с нашей точки зрения, широким распространением хронических осложнений СД 1 типа, накопление которых идет с увеличением «стажа» заболевания.

Большая часть респондентов оценивают уровень собственных знаний о СД как «достаточный» и «скорее достаточный» – 36,88% (n=163) и 47,29% (n=209) соответственно. Ответ «скорее недостаточный» отмечен у 7,24% респондентов (n=32), «недостаточный» – у 1,58% (n=7). Остальные (n=31 или 7,01%) испытывали затруднения при ответе. Не выявлено зависимости между уровнем знаний о СД и «стажем» заболевания (критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок, p=0,154). То есть пациенты нуждаются в постоянном (независимо от «стажа» СД) пожизненном обучении для поддержания достаточного уровня знаний и представлений о СД, стойкой компенсации обменных процессов.

Доступность посещения врача-эндокринолога оценена большинством респондентов (77,37%; n=342) как «доступное тогда, когда мне нужно»; посещение медсестры, оказывающей помощь в связи с СД, – 73,76% опрошенных (n=326 человек). Возможность задать вопрос по телефону (скайпу

Репозиторий ГрГМУ

и пр.) эндокринологу отметили 2,26% респондентов; медицинской сестре, оказывающей помощь в связи с СД, – 7,47%.

Большинство респондентов (65,16%; n=288) утверждают, что принимают участие в решениях относительно назначаемого лечения СД. Еще 24,89% пациентов (n=110) принимают участие в принятие таких решений время от времени. Достоверно чаще участвовали в принятии решений по данному вопросу лица, оценивающие уровень своих знаний о СД как «достаточный» или «скорее достаточный» (χ^2 =7,67, p=0,0056). Кроме того, чаще участвуют в принятии решений относительно собственного лечения лица с хорошей и очень хорошей самооценкой здоровья (χ^2 =6,95, p=0,0084). Большинство опрошенных (85,49%) не являются членами каких-либо обществ или ассоциаций пациентов, больных СД; 8,62% респондентов вообще не знают, что существуют подобные объединения. Состоят в подобных обществах (ассоциациях) 5,90% опрошенных. Данный факт рассматривается нами как проблемный при анализе вовлеченности пациентов в управление своим заболеванием.

На вопрос «Получали ли Вы необходимую конкретно Вам информацию относительно Вашего заболевания на приеме у врача?» 95,24% (n=421) ответили утвердительно. Полученная информация оценена как доступная 97,86% пациентов. Пациенты с низкой самооценкой здоровья («плохое», χ^2=7,38, p=0,0066) достоверно чаще испытывают потребность в новой информации о СД.

Вне зависимости от используемой схемы лечения (генноинженерные – аналоговые инсулины человека, ГИЧ – АИЧ), большая часть респондентов удовлетворена получаемым лечением: полную удовлетворенность высказало 69,23% респондентов (n=306); скорее удовлетворены – 22,62% (n=100). В целом, удовлетворенность проводимым лечением чаще отмечалась пациентами, получающими 2 АИЧ – 98,87% удовлетворенных в той или иной мере (полностью удовлетворены – скорее удовлетворены), табл.1.

Таблица 1. Распределение ответов пациентов с СД 1 типа относительно удовлетворенности лечением в зависимости от используемых схем лечения

Схема лечения	Количество пациентов	Полностью удовлетворены	Скорее удовлетворены	Скорее не удовлетво-рены	Не удовле-творены	Затр ответить	Всего, %
2 (ГИЧ)	260	63,46% 165 чел	26,15% 68	3,46% 9	3,08% 8	3,85% 10	100%
ГИЧ+АИЧ	93	69,89% 65	21,51% 20	4,30% 4	1,08% 1	3,22% 3	100%
2 (АИЧ)	89	85,39% 76	13,48% 12	0	1,13% 1	0	100%
Всего	442	69,23% 306	22,62% 100	2,94% 13	2,26 10	2,94% 13	100%

Репозиторий ГрГМУ

С момента выявления СД 1 типа большинство пациентов (91,86%; n= 406) прошли обучение в Школе диабета. При этом 8,14% пациентов ни разу не проходили подобное обучение: 52,63% из них (n=19) отметили, что им такое обучение не предлагалось; еще 26,32% отказались от обучения; остальные (21,05%) указали на др.причины.

Почти половина респондентов (48,28%; n=196), прошедших обучение в Школе диабета, проходили его более 2-х раз; 27,34% (n=111) – один раз, 24,38% (n=99) – два раза. Приходится констатировать недостаточное вовлечение пациентов (как по факту привлечения, так и по частоте прохождения) к обучению в Школах диабета. Еще одно косвенное свидетельство недостаточной вовлеченности в обучение: только 45,64% (n=202) опрошенных указало на то, что хотело бы обучиться в Школе диабета (в первый раз или повторно). Выбор пациентами места и условий обучения представлен следующим образом: в большинстве ответов (36,68%) преобладает форма on-line обучения; далее следует обучение в стационаре (24,46%); поликлинике (22,55%); в санатории (16,30%).

Выводы

1. На фоне признания того, что для предотвращения развития осложнений и преждевременной смерти от СД 1 типа необходимо участие в ведении заболевания самого пациента, возрастает значимость исследований удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

2. Большинство опрошенных нами пациентов (77,37%) оценивают возможность посещения врача-эндокринолога как доступную; аналогичного мнения пациенты придерживаются относительно контакта со средними медицинскими работниками, задействованными в оказании медицинской помощи пациентам с СД 1 типа. Абсолютное большинство (95,24%) респондентов отметили, что получают необходимую им информацию на приеме у врача-эндокринолога.

3. Вне зависимости от используемой схемы лечения 91,85% респондентов удовлетворены получаемым лечением; чаще на удовлетворенность от лечения указывают пациенты, получающие 2 АИЧ.

4. Уровень своих знаний о СД как «достаточный» («скорее достаточный») оценивает 84,17% пациентов. Эти лица достоверно чаще участвовали в принятии решений относительно собственного лечения по сравнению с теми, кто оценивал свой уровень знаний как более низкий. Отсутствие зависимости между уровнем знаний о СД и стажем заболевания, выявленное нами, является свидетельством потребности в пожизненном обучении пациентов с СД.

5. Установлена недостаточная вовлеченность пациентов к обучению в Школах диабета, а также недостаточная вовлеченность в работу пациентских ассоциаций. Выявленные факты могут препятствовать поддержанию достаточного уровня знаний и представлений пациентов о СД, а, следовательно, сказаться на вовлеченности пациентов в управление своим заболеванием, и негативно отразиться на результативном компоненте качества медицинской помощи данным пациентам.

Репозиторий ГрГМУ

6. При организации работы Школ здоровья, в т.ч. школ диабета, необходимо учитывать появившуюся потребность пациентов в on-line обучении.

Литература

1. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/. Дата доступа: 15 янв. 2020

ПРОБЛЕМА БРОНХОЛЕГОЧЕНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Синица Л. Н., Пальцева А. И., Новосад Е. А.*, Пархоменко А. В.*

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь*

Резюме. В статье проанализированы некоторые аспекты проблемы бронхолегочной дисплазии, которая формируется у глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, что связано с увеличением частоты выхаживания данной группы пациентов.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, дыхательные расстройства, бронхолегочная дисплазия.

THE PROBLEM OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE INFANTS AT THE PRESENT STAGE

Sinitsa L. N., Paltseva A. I., Novosad E. A.*, Parkhomenko A. V.*

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus*

Summary. The article analyzes some aspects of the problem of bronchopulmonary dysplasia, which is formed by deeply premature infants with extremely low body weight, which is associated with an increase in the frequency of nursing of this group of patients at the present stage.

Key words: premature infant, respiratory distress, bronchopulmonary dysplasia.

Введение. В современном мире частота преждевременных родов составляет 5-7% и тенденции к снижению этого показателя не отмечается [1, 2].

Репозиторий ГрГМУ

В Республике Беларусь удельный вес преждевременных родов стабилизировался на уровне 4,0-5,0% [2].

Заболевания бронхолегочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и грудных детей [1, 3, 4]. Для неонатального периода характерно развитие такой патологии как бронхолегочная дисплазия (БЛД), которая формируется преимущественно у недоношенных детей, имеет хроническое течение и может стать причиной отдаленной летальности от легочных причин [1, 4].

Частота БЛД в последние годы остается неизменной за счет последствий двух разнонаправленных тенденций современной неонатальной реанимации. С одной стороны, совершенствование методов респираторной поддержки приводит к повышению частоты выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении энмт) очень низкой массой тела (ОНМТ), но ведет к увеличению числа новорожденных, у которых формируется бронхолегочная дисплазия [1, 3, 4].

У детей с ЭНМТ при рождении частота формирования БЛД достигает 50% и является одной из основных причин смертности этих пациентов [1, 3, 4]. В настоящее время в США около 26,0% детей, рожденных с ЭНМТ или ОНМТ, формируют БЛД, несмотря на то, что в 95,0% случаев они получают заместительную терапию сурфактантом и в 89,0% – респираторную поддержку. У детей с гестационным возрастом менее 29 нед и массой при рождении менее 750,0 г частота формирования БЛД может достигать 65-67%, в то время как у детей с гестационным возрастом более 32 нед и массой при рождении более 1250,0 г – всего лишь 1-3,6% [1, 4, 5].

Цель: показать проблему БЛД в разрезе необходимой респираторной поддержки у недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией и без нее в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 150 медицинских карт стационарного пациента детей в неонатальном периоде, которые разделены на 2 группы. Все недоношенные дети родились в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», являющийся 3-м уровнем оказания перинатальной помощи в Гродненском регионе. Основную группу (1) составил 91 недоношенный ребенок (65 мальчиков и 26 девочек, $p<0,05$) с клиническим диагнозом «бронхолегочная дисплазия». Частота формирования бронхолегочной дисплазии составила 6,6% среди всех недоношенных детей. При анализе частоты заболеваемости недоношенных новорожденных БЛД в зависимости от массы тела при рождении получены следующие результаты: у младенцев с массой тела до 1000,0 г – 50,0%, у детей от 1000 до 1500,0 г – 12,6%, а у недоношенных с массой тела более 1500,0 г – 1.2%. Согласно критериям оценки степени тяжести, легкая степень тяжести заболевания диагностирована у 14 (15,4%) детей, средняя степень у 61 (67%) детей и тяжелая – у 16 (17,6%) детей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010

Репозиторий ГрГМУ

в соответствии с принципами доказательной медицины. Проверку на нормальность распределения статистических показателей проводили путем построения гистограмм в программе «Statistica-10.0», а также с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. При соответствии данных нормальному распределению значения количественных признаков представляли в виде M±SD, где M – среднее значение количественного признака, SD – стандартное отклонение среднего. Различия между группами выявлялись при помощи критерия $\chi 2$, критерия Стьюдента. При отклонении количественных признаков от нормального распределения данные представляли в виде Me (25;75 перцентили), где Me – медиана. Использовались методы непараметрической статистики с применением U-критерия Манна-Уитни (сравнение двух независимых переменных). Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Дети 1 группы родились у женщин, средний возраст которых составил 27 (16;39) лет, в группе 2 – 26 (19;36) лет. Количество беременностей в группе детей с БЛД в среднем – 3 (1;13), родов 2 (1;6), в группе сравнения 2 (1;6), 1 (1;6) соответственно.

Установлено, что статистически чаще на внутриутробном этапе у детей основной группы развивалась хроническая внутриутробная гипоксия плода ($p=0,0002$). Синдром задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) был в группе детей, сформировавших БЛД, у 25 (27,2%) младенцев, против 9 (14,7%) в группе сравнения ($p=0,04$). При этом ЗВУР 3 степени встречалась у 7 (7,4%) детей, развивших в дальнейшем БЛД ($p=0,02$).

При анализе гестационного возраста в 1-й группе в сроке 28 нед и менее родилось 60,6% детей, 29–31 нед – 33,1%, более 32 нед – 6,3%. Вторая группа сравнения была сопоставима по гестационному возрасту с основной группой: 31 нед и менее – 90,05%, более 32 нед – 6,7%.

При анализе массы тела при рождении установлено, что в 1-й группе с массой тела, равной 1000,0 г и менее родилось 54,5% детей; с массой более 1000,0 г – 54,5%. Однако с массой более 1250,0 г – только 15,2% новорожденных. В группе сравнения дети с ЭНМТ составили 66,7%, более 1000,0 г – 33,3%. Среди детей с массой более 1000,0 г 60% детей имели массу более 1250,0 г и 40% – от 1000,0 до 1250,0 г. Таким образом, большая часть младенцев, у которых сформировалась БЛД, имели экстремально низкую массу тела.

На следующем этапе нами изучено течение раннего неонатального периода у недоношенных детей. Состояние при рождении у всех недоношенных детей оценено как тяжелое, обусловлено развитием дыхательной недостаточности с первых минут жизни, неврологическими проявлениями (симптом угнетения ЦНС, реже в сочетании с судорожным синдромом), морфофункциональной незрелостью на фоне недоношенности. Оценка по шкале Апгар на первой минуте у детей основной группы составила 7,1±1,8 баллов, в группе сравнения 7,8±1,6 баллов ($p>0,05$), к 5 минуте на фоне проведения первичной реанимационной помощи оценка повысилась в основной

Репозиторий ГрГМУ

группе до 8,02±1,6 и до 8,53±1,4 в группе сравнения (p>0,05). Асфиксия усугубляла состояние тяжести ребенка при рождении и является одним из факторов риска тяжелого респираторного дистресс-синдрома (РДС) у недоношенных и поражения центральной нервной системы.

Клиническая картина РДС развивалась у 135 детей (90,0%) в течение первых часов жизни после рождения в виде прогрессирования дыхательной недостаточности: одышка 70–90 дыхательных движений в минуту, усиление цианоза, в легких на фоне неравномерно ослабленного дыхания, крепитирующие хрипы. В группе детей, сформировавших БЛД, РДС развился в 98,2% случаев, в группе сравнения у 46 (78%) пациентов (p<0,05).

Сурфактантную терапию получили все дети из 1-й группы; 93,2% детей второй группы. Все дети получили сурфактант в дозе 100–200 мг/кг по фосфолипидам. Проведен анализ количества потребовавшихся введений одному ребенку (таблица 1).

Таблица 1– Анализ необходимости в сурфактантной терапии у недоношенных детей, абс. (%)

Количество введений сурфактантов	1 группа n=91	2 группа n=59	p
1 раз	46 (50,5)	51 (92,7)	<0,001
2 раза	37 (40,7)	1 (1,8)	>0,05
3 раза	8 (8,8)	3 (5,5)	>0,05

Всем детям сурфактантная терапия проводилась в первые 4 дня жизни, причем 1-е введение у 87,9% детей 1-й группы и у 90,0% новорожденных 2-й группы выполнено в течение 1-го часа жизни. Таким образом, каждый второй ребенок из сформировавших в дальнейшем БЛД потребовал повторных введений сурфактанта. В тоже время дети второй группы в подавляющем большинстве не нуждались в повторной терапии сурфактантом.

В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности новорожденные дети требовали проведения ИВЛ, чаще в основной группе – 86 (94,2%) младенцев; в группе сравнения ИВЛ проводилась у 30 (50,8%) новорожденных (p<0,05).

При оценке сроков вентиляции, отмечено, что более длительная ИВЛ у детей основной группы, средние сроки составили 21,8±5,1 дней, в группе сравнения 7,7±2,1 дней, что является одним из прогностических факторов риска для формирования БЛД (p<0,05). Обращало на себя внимание, что дети, у которых сформировалась БЛД, за период нахождения в стационаре в 55 случаях (64,0%) имели факт повторных реинтубаций по поводу дыхательной недостаточности, против 4 (7,3%) случаев в группе сравнения (p<0,05). Так же в группе детей, развивших БЛД, имело место осложнение ИВЛ в виде развития пневмоторакса у 4 младенцев. После инвазивной вентиляции 78 (64,4%) новорожденным проводилась вспомогательная вентиляция легким назальным CPAP, средние сроки составили 3,4±1,9 дней в группе детей с БЛД, против 1,7±0,4 дней в группе сравнения (p=0,007). В дальнейшем 97 (84,2%) детей

Репозиторий ГрГМУ

требовали проведение пролонгированной оксигенотерапии через маску : средние сроки составили 18,7±6,1 дней в основной группе и 3,6±1,0 дней в группе сравнения ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что в настоящее время проблема бронхолегочной дисплазии в большей степени касается глубоко недоношенных младенцев. Установлено, что 90,0% случаев БЛД регистрируется у детей, родившихся в сроке 31 неделя и менее и до 50,0% недоношенных детей с ЭНМТ имеют тяжелое поражение легких. Дети с БЛД достоверно чаще нуждались в повторном использовании сурфактантной терапии, длительном проведении ИВЛ и кислородотерапии, следовательно увеличивались экономические затраты на выхаживание данной группы пациентов.

Литература

1. Avery's diseases of the newborn / [edited by] C. A. Gleason, S. U. Devaskar. – 9th ed. – 2012. – P. 659, 665-666, 670.
2. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода : сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 10-20.
3. Бронхолегочная дисплазия у детей. Современный взгляд на проблему диагностики и лечения / А. С. Сенаторова [и др.] // Совр. педиатрия. – 2010. – № 1 (29). – С. 105-112.
4. Cooke, R. J. Postnatal growth and development in the preterm and small for gestational age infants. Importance of growth for health and development / R. J. Cooke // Nestle Nutrition Institute Workshop Series : Pediatrics Program. – 2010. – Vol. 65. – P. 85-98.
5. Europian consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants / D. Sweet [et al.] // Neonatology. – 2010. – Vol. 97. – P. 402-417.

ЭМПАТИЯ И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Синдром профессиональной дезадаптации имеет высокую тропность к специальностям, связанным с проявлением эмпатии. С учетом специфичности профессиональной деятельности уровни выраженности эмпатии и синдрома эмоционального выгорания могут быть показателями профессиональной дезадаптации медицинских работников.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, эмпатия.

Репозиторий ГрГМУ

EMPATHY AND BURNOUT SYNDROME AS AN INDICATOR OF PROFESSIONAL MALADAPTATION OF MEDICAL WORKERS

Smirnova G. D., Gubar L. M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Syndrome of professional maladaptation has a high tropism for specialties associated with the manifestation of empathy. Given the specificity of professional activity, the levels of severity of empathy and burnout syndrome can be indicators of the professional maladjustment of medical workers.

Key words: professional maladaptation, empathy.

Актуальность. В настоящее время с ускорением темпов жизни все больше людей испытывает на себе эмоциональные перегрузки и страдает от синдрома хронической усталости. Особую психоэмоциональную нагрузку испытывают специалисты, находящиеся в тесном контакте при работе с людьми. Профессия медицинского работника является одной из сложных профессий нашего времени, так как связана с профессиональным типом «человек – человек» и требует от человека разносторонней образованности, постоянного повышения квалификации, а также обладания личностных и профессиональных качеств. Именно эта категория людей больше подвержена риску психоэмоционального перенапряжения и переживанию стрессовых ситуаций. Постепенно это может привести к полному истощению физических и психических сил, о чем свидетельствует появление синдрома профессионального выгорания [1]. Поэтому медицинский сотрудник должен обладать определенной эмпатией, терпением, чувством долга, наблюдательностью, решительностью, в определенной степени уметь рисковать и многими другими положительными для человека качествами. Работа медицинских сотрудников ответственна, предполагает высокую и постоянную психоэмоциональную нагрузку, которая в дальнейшем может перерасти в эмоциональное выгорание на рабочем месте [1].

По данным ряда авторов эмоциональное выгорание – это синдром, который проявляется в различных сферах психики человека, где главным симптомом является психоэмоциональное истощение, возникающее в результате глубоких моральных и эмоциональных затрат в профессиональной деятельности при длительном его воздействии. Рассмотрев мнения разных авторов к определению процесса «выгорания», можно предположить, что главной причиной является несоответствие внутренних потенциалов требованиям внешней среды. Так, например, по данным опросов в 2013 г. во Франции основной причиной выгорания называли низкий уровень личных достижений, в Тайвани и США – длительные рабочие смены. Развиваясь, синдром эмоционального выгорания определяет всю окружающую жизнь человека, все взгляды на жизнь и собственно себя, вовлекая человека в замкнутое пространство отрицательных эмоций [1].

Репозиторий ГрГМУ

Термин синдром профессиональной дезадаптации (далее СПД) ввёл в 1974 г. H. Frendenberger для описания состояний крайней усталости, подавленности, которые наблюдались у работников психиатрических учреждений при работе с пациентами. СПД рассматривается как ответная реакция на длительные профессиональные стрессы, включающая эмоциональное истощение (чувство опустошенности и усталости, вызванное работой), деперсонализацию (циничное отношение к пациентам), репродукцию профессиональных достижений (возникновение у работников чувства некомпетентности в профессиональной сфере или неудовлетворенности результатами своей работы).

Дезадаптация потенциально заложена в любую профессиональную деятельность, связанную с общением между людьми. Однако особое значение данная проблема приобретает у медицинских работников, особенно в сфере общения с пожилыми, тяжелыми больными, инвалидами. Следует также отметить и то, что по роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса, к которым относятся: вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем и др. Медицинские сестры ежедневно имеют дело с болью, страданием, страхом пациентов и их родственников и испытывают эмоциональное напряжение. Существует общая обеспокоенность относительно того, что сама по себе специальность медработника способствует развитию болезненных состояний. Это проявляется как разочарование в профессии и деморализация, нарастающая склонность к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также в ухудшении состояния психического здоровья, снижении устойчивости браков среди медиков, развитии склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя.

В настоящее время стало очевидным, что неблагоприятные демографические, социально-экономические и другие факторы крайне негативно сказываются на состоянии здоровья населения. Поэтому человеку, решившему выбрать профессию в мире медицины, где требуется не только хорошая профессиональная подготовка, но и душевные человеческие качества – добросовестность и честность, доброта и сострадание, соучастие и милосердие, сегодня очень трудно. Социальная раздраженность, порой переходящая в апатию, неуверенность в будущем, низкая оплата совсем не легкого труда – вот далеко не полный перечень всего, что может явиться мощным стрессовым фактором для медицинского работника [1].

Успешность профессиональной подготовки и последующей деятельности человека зависит от индивидуальных особенностей. К необходимым личностным качествам медицинского работника относятся внимательность и наблюдательность, пунктуальность и аккуратность, умение постоянно контролировать свои действия и поступки. Актуальность нашего исследования определяет то, что у медицинских работников большая вероятность

Репозиторий ГрГМУ

возникновения эмоционального выгорания ввиду сложных условий профессиональной деятельности и личностных особенностей, поэтому эмпатия и синдром эмоционального выгорания (далее СЭВ) могут быть показателем их профессиональной дезадаптации [1].

Цель исследования: выяснить уровень выраженности эмпатии и синдрома эмоционального выгорания как показателя профессиональной дезадаптации у средних медицинских работников.

Методы исследования: валеолого-диагностическое исследование 54 респондентов (работающих медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений). Результаты обработаны с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета анализа STATISTICA 6,0 и Excel.

Результаты исследований. Предварительное анкетирование позволило выявить достаточно интересную тенденцию в отношении к выбранной профессии. Так, любовь и преданность делу в своей профессии с учетом возраста и стажа работы распределилась следующим образом: у лиц старше 40 лет она составила 100%, у лиц 30-40 лет – 82%, у молодежи – 68%. При взаимоотношениях с пациентами жалобы длительно болеющих людей существенного влияния на настроение и отношение к делу средних медработников (независимо от возраста и стажа работы) не оказывают. А недостаточная преданность отдельных медработников своей профессии обусловлена скорее нерациональным распределением рабочего времени в течение дня, при этом доминировали две основные позиции:

- неквалифицированный труд, который занимает 57% (забор биксов из ЦСО и лекарств из аптек, сопровождение пациентов на консультации к специалистам, организация раздачи пищи и кормление пациентов, термометрия, переворачивание пациентов для профилактики пролежней и т. п.);
- подготовка к работе, обработка рабочего места и помещения – 16%.

Большинство медицинских работников (89%) имеют средний уровень эмпатии. Уровень чувствительности у таких медицинских работников находится на среднем уровне, при межличностных отношениях они склонны судить о других по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Им не присуща раскованность чувств, и это мешает полноценному восприятию людей. Общение с пациентом занимает самую малую долю рабочего времени медсестры и составляет – 13%. Это лишний раз подтверждает тот факт, что пациент не мешает работе медицинской сестры, а является целью ее труда.

Труд медицинских работников ответственен, требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психо – эмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях. Сама профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. В связи с этим профессиональная деятельность работников сферы здоровья несет в себе потенциальную угрозу развития СЭВ. Соответственно,

Репозиторий ГрГМУ

если итоговый показатель по сумме баллов равен или менее 45 баллов – это свидетельствует об отсутствии эмоционального выгорания, 46 – 79 баллов – начинающееся выгорание; 80 и более баллов – присутствует эмоциональное выгорание (табл.1).

Таблица 1 – Показатель выраженности симптомов СЭВ по методике В. В. Бойко

симптомы СЭВ	сумма баллов	частота встречаемости,%
«Неудовлетворенность собой»	9,5 ± 0,02	3,7
«Загнанность в клетку»	10,3 ± 0,05	6,2
«Редукция профессиональных обязанностей»	19,5 ± 0,01	25,9
«Эмоциональная отстраненность»	22,1 ± 0,01	26,7
«Личностная отстраненность»	25,3 ± 0,03	37,5
Итоговый показатель	86,7 ± 0,02	

Наиболее выраженными у медицинских работников являются такие как личностная и эмоциональная отстраненность как загнанность в клетку, неудовлетворенность собой и редукция профессиональных обязанностей, которые проявляются как неадекватное эмоциональное реагирование на пациентов, в отсутствие эмоциональной вовлеченности и контакта с пациентами, утратой способности к сопереживанию и сочувствию, и естественно усталостью. Поэтому хочется отметить, что проблема эмоционального выгорания встречается почти у каждой личности, но данная проблема вполне решаема, если вовремя ее выявить и не пускать все на самотек.

Вывод: Для большинства медицинских работников свойственно внешне направленное защитное поведение. Любая ситуация для них желательна как внешне стимулируемая, причем в случаях успеха происходит демонстрация своих способностей и возможностей. Они убеждены, что их неудача является результатом невезения, случайностей, отрицательного влияния других людей, а результаты опроса и личный опыт позволяют сделать вывод, что сегодня медицинской сестрой редко становятся по неодолимому желанию, у большинства призвание к медицине приходит много позже. С учетом специфичности профессиональной деятельности уровни выраженности эмпатии и синдрома эмоционального выгорания могут быть показателями профессиональной дезадаптации медицинских работников.

Литература

1. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания в профессиональном общении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://elar.rsvpu.ru/bitstream/123456789/2395/1/pfpssr_2015_23.pdf – Дата доступа: 25.05.2020.
2. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://gigabaza.ru/doc/147901.html – Дата доступа: 25.05.2020.
3. Мишкина, Е. А. Профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности сотрудников предприятия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://elib.cspu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/1236/%D0%9C%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B0%20%D0%95.%D0%90.%20%D0%

Репозиторий ГрГМУ

92%D0%9A%D0%A0%20%D0%BC%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80..pdf?sequence=1&isAllowed=y – Дата доступа: 25.05.2020.
4. Огнерубов, Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-u-vrachey-terapevtov – Дата доступа: 25.05.2020.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С АКТИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Солодовникова Н. Г.[1], Полякова Г. Ф.[2], Ильина С. Н.[1], Кринец Ж. М.[1], Данькина Ю. З.[3]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Гродненская областная детская клиническая больница, г. Гродно, Республика Беларусь[2]
Гродненская университетская клиника, г. Гродно, Республика Беларусь[3]

Резюме. Цель исследования – осветить особенности оказания офтальмологической помощи при ретинопатии недоношенных в Гродненской области. В статье рассматриваются результаты транспупилярной барьерной лазеркоагуляции сетчатки при пороговой и агрессивной задней ретинопатии недоношенных.

Ключевые слова. Ретинопатия недоношенных, транспупилярная барьерная лазеркоагуляция сетчатки.

OPHTHALMIC HELP TO CHILDREN WITH ACTIVE RETINOPATHY OF THE UNMOUNDED IN THE GRODNO REGION

Solodovnikova N. G.[1], Polyakova G. F.[2], Ilyina S. N.[1], Krynets Zh. M.[1], Dankina Y. Z.[3]

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus[1]
Grodno Regional Children's Clinical Hospital, Grodno, Belarus[2]
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus[3]

Summary. The purpose of the study is to highlight the features of the provision of ophthalmic care for retinopathy of premature infants in the Grodno region. The article discusses the results of transpupilar barrier laser coagulation of the retina with threshold and aggressive posterior retinopathy of premature infants.

Key words. Retinopathy of prematurity, transpupilar barrier retinal laser coagulation.

Репозиторий ГрГМУ

Актуальность. Уровень оказания плановой и неотложной стационарной помощи новорожденным с патологией органа зрения на современном этапе требует привлечения специалистов высокой квалификации различного профиля (неонатологов, реаниматологов, офтальмологов, неврологов, отоларингологов, генетиков и др.). Ретинопатия недоношенных (РН) – это вазопролиферативное заболевание сетчатки, которое наблюдается у недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела и развивается в связи с аномальной васкуляризацией сетчатки. Ранее заболевание называлось ретролентальная фиброплазия и впервые было описано в 1942 году Т. Терри. В 1956 году введен термин ретинопатия недоношенных. В основе клинических проявлений РН лежит нарушение нормального васкулогенеза сетчатки, который начинается на 16 неделе внутриутробного развития и завершается лишь к моменту планового рождения ребенка (40 недель гестационного возраста). Увеличение РН во всем мире связано с выхаживанием недоношенных с массой тела при рождении 500граммов со сроком гестации 22 недели. Развитию РН способствуют такие факторы как: масса тела до 2000г, гестационный возраст менее 34 недель, длительное проведение ИВЛ (более 3 суток), значительные колебания газового состава крови и pH (оптимальный уровень сатурации 89%-94%). Согласно международной классификации выделяют 5 стадий РН. На 1 и 2 стадиях заболевание может самостоятельно остановиться и лечение не требуется, проводится динамическое наблюдение офтальмолога. При прогрессировании РН до 3 стадии и достижении «пороговой» стадии, выздоровление невозможно без срочного проведения лазеркоагуляции сетчатки. Лазеркоагуляция сетчатки на сегодняшний день – единственный эффективный метод в предотвращении необратимой слепоты при РН. Если РН продолжает прогрессировать до 4-5 стадии, у детей развивается отслойка сетчатки, что ведет к инвалидизации, слабовидению и слепоте. Лазеркоагуляция на данных стадиях неэффективна и ребенку требуется сложная витреоретинальная хирургия, даже при успешном выполнении которой, значительного улучшения зрения не происходит, возможно лишь сохранение светоощущения или остаточного предметного зрения. Такие дети остаются инвалидами по зрению. Наиболее тяжелой формой РН является агрессивная задняя ретинопатия недоношенных (АЗРН). Именно при этой форме заболевания происходит быстрое развитие отслойки сетчатки и необратимая слепота. Развивается чаще у глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Эта форма заболевания требует незамедлительной лазеркоагуляции сетчатки. Упущенное время ведет к необратимым процессам в сетчатке и стекловидном теле ребенка. Ретинопатия недоношенных на современной этапе развития общества является большой социальной проблемой как во всем мире, так и в нашей стране. Это многопрофильная проблема, решением которой занимаются, неонатологи, реаниматологи, педиатры, неврологи, офтальмологи и другие специалисты. Качество жизни ребенка и предотвращение необратимой слепоты зависит от правильно оказанной медицинской помощи каждым специалистом на разных этапах выхаживания недоношенного новорожденного. Благодаря внедрению

Репозиторий ГрГМУ

новых технологий удалось повысить качество выявления и диагностирования РН, были пересмотрены и оптимизированы сроки диагностики и проведения лечения заболевания [1].

Цель исследования. Осветить особенности оказания офтальмологической помощи при ретинопатии недоношенных в Гродненской области.

Методы исследования. В 2016 году на базе Гродненской областной детской клинической больницы была создана система оказания офтальмологической помощи недоношенным новорожденным. Врач офтальмолог проводит осмотры недоношенных новорожденных группы риска по развитию ретинопатии недоношенных в отделении реанимации и в педиатрическом отделении для недоношенных и новорожденных детей, определяет тактику дальнейшего динамического наблюдения и лечения пациентов, сроки лазерной коагуляции сетчатки. За время работы накоплен опыт по лечению и выхаживанию таких пациентов, внедрены высокотехнологические методы диагностики и лазерного лечения РН. Объектом исследования явились дети с ретинопатией недоношенных, которым была выполнена барьерная лазеркоагуляция сетчатки на базе Гродненской областной детской клинической больницы за период с 2016 года по июль 2019 года.

Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – дети с пороговой стадией ретинопатии, 2 группа – дети с АЗРН. Мониторинг РН осуществлялся офтальмологом согласно Приложению 5 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 142 от 25.02.2008 года. Для офтальмологического обследования использовали непрямой бинокулярный офтальмоскоп «HEINESIGMA» (Германия), широкоугольную цифровую ретинальную педиатрическую камеру «RetCam 2» (США), блефаростат. Исследование и лечение проводилось в условиях мидриаза при использовании эпибульбарной инстилляции глазных капель (0,1% раствор атропина). Хирургическое лечение проводилось не позднее 72 часов с момента постановки диагноза ретинопатии недоношенных пороговой стадии. Транспупилярная барьерная лазерная коагуляция сетчатки проводилась под общей анестезией в условиях максимально возможного мидриаза с помощью офтальмологической лазерной системы «IRIDEX» (США) с длиной волны 810 нм, под визуальным контролем через налобный бинокулярный офтальмоскоп в операционной. Число коагулянтов варьировало в зависимости от локализации процесса и протяженности периферического вала. Для прицеливания использовался лазер-пилот. Точное наведение хирургом на предполагаемое место воздействия осуществлялось смещением головы и фокусирующей конденсорной линзы силой 30 Д. Мощность импульса, составляла 80-30 мВт, продолжительность импульса 0,1-0,2 секунды. Медикаментозное послеоперационное лечение состояло из инстилляций глазных капель стероидов и антибиотиков. Контрольные осмотры детей проводились на 7 сутки и далее по индивидуальному плану.

Результаты и их обсуждение. С 2016 года по июль 2019 года офтальмологом ГОДКБ было осмотрено 602 недоношенных новорожденных

Репозиторий ГрГМУ

(1204 глаз). Диагноз ретинопатии недоношенных был выставлен 190 пациентам (30,6%). Все пациенты имели двустороннее поражение глаз. Из них РН 1-2 стадии диагностирована у 125 детей (65,7%). Прогрессирование процесса до пороговой стадии 2-3 пре « +» и «+» болезнь наблюдалось у 53 новорожденных (27,8%), 12 детей (6,3%) имели тяжелую заднюю агрессивную ретинопатию, что явилось абсолютным показанием для выполнения лазерной коагуляции аваскулярных зон сетчатки. Каждый ребенок осматривался офтальмологом от 2 до 7 раз. Частота осмотров зависела от тяжести ретинопатии. Масса тела недоношенных с РН, подлежащей лазеркоагуляции, составляла 476 – 1600граммов. Из них 54 (35,2%) ребенка имели массу тела до 100 граммов. Гестационный возраст недоношенных новорожденных 25 – 31неделя.

Транспупилярная барьерная лазеркоагуляция сетчатки была выполнена 65 пациентам (34,2%): 53 пациента с пороговой стадией ретинопатии и 12 пациентов с АЗРН.

1 группа – 53(27,8%) недоношенных ребенка с пороговой РН. Гестационный возраст новорожденных 27-33 недели. Масса тела – низкая и экстремально низкая – 485 – 1600граммов. Находились на ИВЛ 3-72 дня. Оперативное лечение – барьерная лазеркоагуляция сетчатки была выполнена на 35-41 неделе постконцептуального возраста (ПКВ).

2 группа – пациенты с агрессивной задней ретинопатией недоношенных (АЗРН). Гестационный возраст недоношенных 25 – 30 недель. Масса тела – низкая и экстремально низкая – 476-1400 граммов. Находились на ИВЛ 18-84 дня. При рождении состояние оценивалось как тяжелое. Тяжесть состояния усугублялась перинатальным поражением ЦНС. 6 пациентам было выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Оперативное лечение АЗРН было проведено на 33-35 неделе гестации, 6 детям повторно на 34-36 неделе гестации. У 1 ребенка частичный гемофтальм привел к фиброзу стекловидного тела. У 1 пациента, несмотря на проводимое лечение, наблюдалась отрицательная динамика, развилась РН 5 стадии с отслойкой сетчатки.

Всего за 2016г. – 2019г. (6 мес) лазерные операции выполнены на 153 глазах недоношенным детям при различных стадиях РН. Учитывая тяжесть течения РН, некоторым пациентам лазеркоагуляция сетчатки выполнялась повторно на 23 глазах у 12 пациентов.

Выводы:

1. Важным этапом в борьбе со слепотой у недоношенных новорожденных с низкой массой тела стало организация специализированной офтальмологической помощи на базе ГОКДБ и междисциплинарное взаимодействие между неонатологами, реаниматологами и офтальмологами.

2. Пациенты с АЗРН имеют более низкую и экстремально низкую массу тела, короткий гестационный возраст и более тяжелое течение основного заболевания, которое осложняется неврологической патологией.

3. Лазерная коагуляция сетчатки проведенная в первые 72 часа с момента развития пороговой стадии, позволяет предотвратить необратимую слепоту у недоношенных новорожденных.

Репозиторий ГрГМУ

4. Дети с ретинопатией недоношенных должны наблюдаться всю жизнь у офтальмолога в связи с отдаленными последствиями ретинопатии недоношенных, для чего необходимо создание четкой системы реабилитации, что на сегодняшний день является проблемой детской офтальмологии Гродненской области в связи с отсутствием детского офтальмологического отделения.

Литература

1. Асташева И.Б. Поиск наиболее эффективного и безопасного способа коагуляции сетчатки при тяжелых формах ретинопатии недоношенных // Всерос. науч.-практ. конф. «Ретинопатия недоношенных – 2011»: Сб. научн. тр. – М., 2011. – С. 85-88.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Сорокопыт З. В.[1], Урбанович А. П.[1], Сорокопыт Е. М.[2]

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь[1]
Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь[2]

Резюме. Распространенность внегоспитальной пневмонии в детском возрасте, многократное и, нередко, необоснованное назначение антибиотиков, привело к формированию антибиотикорезистентности и малоэффективной традиционной терапии, более сложному и дорогостоящему лечению.

Ключевые слова: дети, внебольничная пневмония, детский возраст, антимикробная терапия.

MODERN APPROACHES IN THE THERAPY OF COMMUNITY AQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AT THE HOSPITAL LEVEL IN GRODNO REGION

Sorokopyt Z. V.[1], Urbanovich A. P.[1], Sorokopyt E. M.[2]

Grodno State Medical Univercity, Grodno, Belarus[1]
Republican Research and Practical Center for Rediatric Surgery, Minsk, Belarus[2]

Summary. The prevalence of community-acquired pneumonia in children with the multiple, and often unreasonable prescription of antibiotics, resulted in the emergence of antimicrobial resistance and ineffective traditional therapy, a more complex and expensive treatment.

Репозиторий ГГМУ

Key words: children, community-acquired pneumonia, childhood, antimicrobial therapy.

Специалисты ВОЗ и ЮНИСЕФ еще в 2009 году объявили пневмонию основной причиной смерти детей до пяти лет и декларировали «Глобальный план действий по профилактике пневмонии и борьбе с ней», в котором в качестве основного эффективного метода снижения детской смертности рассматривалось управление наиболее частыми возбудителями пневмонии [4]. Летальность от внебольничной пневмонии (ВП) у детей в Республике Беларусь, снизившаяся приблизительно в 100 раз после применения патогенетического и антибактериального лечения, остается высокой (0,1-0,4%) и, наряду с перинатальной патологией, определяет показатель детской смертности [3]. Из-за многократного и нередко необоснованного назначения антибиотиков в мире растет частота инфекций, вызываемых микроорганизмами, ставшими малочувствительными к используемым антибиотикам, что делает традиционную терапию малоэффективной, лечение инфекционного процесса становится более сложным и дорогостоящим [1, 2, 3]. Проблема антибиотикорезистентности приблизилась к критическому уровню. До 35% штаммов S. pneumoniae резистентны к препаратам пенициллинового ряда, 15% – к макролидам. В формировании резистентности также играют роль растущее число пациентов с иммунодефицитами, введение новых, часто инвазивных медицинских технологий, делающих возможной более быструю передачу резистентных микроорганизмов, и мутации самих микроорганизмов. Проблема резистентности усугубляется из-за широкомасштабного применения антибиотиков в ветеринарной индустрии. В научно-практической программе ВП, принятой в 2010 году в Российской Федерации, было указано, что в большинстве случаев продолжительность АБТ при ВП составляет 7-14 дней и зависит от наличия сопутствующей патологии, тяжести и течения заболевания [1].

Цель: анализ клинико-анамнестических показателей и антибиотикотерапии пациентов детского возраста с внебольничными пневмониями.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе пульмонологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы путем ретроспективного анализа 340 карт (ф. 003у-07) пациентов детского возраста от 1 месяца до 18 лет с внегоспитальными пневмониями. Критерием включения в исследование был верифицированный рентгенологический диагноз пневмонии. Всем детям было проведено клиническое и лабораторное обследование.

Результаты. В зависимости от объема поражения легких, пациенты были распределены в три репрезентативные группы: первую (I) составили 204 (60%) ребенка с очаговой пневмонией, вторую (II) – 116 (34%) с сегментарной и третью (III) – 20 (6%) с лобарной. Достоверное превалирование очаговых пневмоний над другими морфологическими формами ($p_{I-II,\ I-III} < 0,05$) констатировано и во всех возрастных группах. Полученные данные

Репозиторий ГрГМУ

согласуются с литературными данными по структуре внебольничных пневмоний у пациентов детского возраста в современных условиях [2].

Согласно результатам обследования, детей из Гродно было достоверно больше, чем из Гродненской области – 292 (86%) и 48 (14%), $p<0,05$. Незначительно больше – 184 (54%), среди обследованных было мальчиков, чем девочек – 156 (46%), $p >0,05$. Гендерный анализ в нозологических группах, подтвердил аналогичное распределение: I группа – 53% мальчиков, 47% девочек, II – 54% и 46%, III – 55% и 45%. Возрастные категории обследованных пациенты выглядели следующим образом: 1 месяц – 1 год – 20%, 1-3 года – 16%, 3-6 лет – 20%, 6-12 лет – 26% и старше 12 лет – 28%. Как следует из полученных данных, больше половины – 186 (55%) обследованных пациентов пульмонологического отделения с пневмониями были школьного возраста. Остальные категории были представлены практически с одинаковой частотой.

Всем 340 пациентам с пневмониями было проведено 602 курса антибактериальной терапии (АБТ). АБТ детей с очаговыми и сегментарными пневмониями была достоверно короче, чем с лобарными: I – 9,8±1,7, II – 10,7±2,1 и III – 18,9±2,6 дней ($p_{I-III, II-III} < 0,05$). Наиболее часто в лечении всех пневмоний использовались препараты цефалоспоринового ряда, преимущественно III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) – 248 курсов (73%). Почти в два раза реже назначались аминогликозиды – 132 (39%) и в три – макролиды – 72 (21%). Лечение фторхинолонами, карбапенемами и гликопептидами проведено соответственно в 13%, 10% и 9% случаев.

Мы также проанализировали частоту использования антибиотиков при различных вариантах пневмоний (таблица 1).

Таблица 1 – Применение антибиотиков у детей с различными формами внебольничной пневмонии

Группы антибиотиков	Очаговая пневмония n=204		Сегментарная пневмония n=116		Лобарная пневмония n=20		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Цефалоспорины	160	52	73	31	15	25	248	73
Макролиды	34	11	34	15	4	7	72	21
Аминогликозиды	56	18	61	26	15	25	132	39
Фторхинолоны	12	4	21	9	10	17	43	13
Карбапенемы	9	3	14	6	10	17	33	10
Пенициллины	23	7,5	15	6	1	2	39	11
Гликопептиды	12	4	12	5	5	7	29	9
Метронидазол	1	0,5	5	2	0	0	6	2
Всего препаратов	307	100	235	100	60	100	602	100

Более чем у половины (52%) пациентов с очаговыми пневмониями использовались цефалоспорины, значительно реже – аминогликозиды (18%) и макролиды (11%). По сравнению с I группой, в лечении сегментарных пневмоний чаще использовались аминогликозиды (26%) и макролиды (15%) и

Репозиторий ГрГМУ

увеличилась частота назначения респираторных фторхинолонов (9%) по сравнению с 4% в группе очаговых пневмоний. Препараты цефалоспоринов и аминогликозидов при лобарных пневмониях назначались с одинаковой частотой (по 25%), несколько реже (по 17%), но чаще, чем в других группах, – фторхинолоны и карбапенемы. У 25% детей III группы использовалась комбинированная терапия цефалоспоринов и аминогликозидов. Наиболее часто у детей до 1 года применялись цефалоспорины – в 46% случаев, а также аминогликозиды (амикацин) и гликопептиды (ванкомицин). В возрастной группе 1-3 года среди препаратов антибактериальной терапии также превалировали антибиотики цефалоспориновой группы (55%), и аминогликозиды (у 19% пациентов). В группе детей 3-6 лет цефалоспорины и аминогликозиды назначались с такой же частотой, как и в предыдущей группе. Другие антибиотики назначались нечасто. Дети 6-12 лет значительно чаще получали макролиды по сравнению с младшими возрастными группами, что обусловлено увеличением частоты атипичных возбудителей пневмоний в этом возрасте. Несколько реже этим пациентам применялись цефалоспорины и чаще, чем у детей младших возрастных групп, фторхинолоны. Следует также отметить редкое назначение антибиотиков пенициллинового ряда во всех возрастных группах, что может быть связано с предшествующей амбулаторной терапией. Данные анализа антибиотикотерапии в различных возрастных группах приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Применение антибиотиков у детей различного возраста с пневмониями

Группы антибиотиков	до 1 года n=34		1-3 года n=54		3-6 лет n=68		6-12 лет n=89		Старше 12 лет n=95	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Цефалоспорины	25	46	38	55	45	54	64	37	73	35
Макролиды	1	2	6	8	12	14	30	17	23	10
Аминогликозиды	12	22	13	19	21	25	43	25	43	20
Фторхинолоны	2	4	2	3	0	0	10	6	29	13
Карбапенемы	4	8	1	2	1	1	7	4	20	9
Пенициллины	3	5	6	9	3	4	13	7	14	6
Гликопептиды	7	13	3	4	2	2	5	3	12	6
Метронидазол	0	0	0	0	0	0	3	1	3	1
Всего препаратов	54	100	69	100	84	100	175	100	217	100

Среди используемых в лечении ВП антибиотиков, к которым сохраняется высокая чувствительность этиологически значимой флоры, как внеклеточной (стрептококки, стафилококки, гемофильная палочка, моракселла и др.), так и внутриклеточной (хламидии, микоплазма), пульмонологи отмечают фторхинолоны. Согласно инструкциям, их применение в детском возрасте не показано [1, 3, 4]. Применение ФХ в педиатрии ограничено из-за потенциальной артротоксичности. В настоящее время имеются противоречивые данные о том, насколько длительным должно быть воздействие данных антибиотиков на кости или суставы у детей для возникновения их повреждения. Многочисленные исследования сравнительной эффективности

Репозиторий ГрГМУ

антибактериальных препаратов показали перспективность респираторных фторхинолонов (моксифлоксацин, ломефлоксацин, левофлоксацин и др.), обладающих улучшенной фармакокинетикой, широким спектром активности, низким уровнем резистентности к ним микроорганизмов. Важным свойством антибиотиков ФХ ряда является способность проникать в бронхиальный секрет и накапливаться в слизистой оболочке [1, 4].

Показанием к назначению фторхинолоновых антибиотиков у пациентов ГОДКБ с пневмониями было тяжёлое течение и чувствительность возбудителя. Во всех анализируемых случаях препараты не назначались в качестве стартового антибиотика. До назначения ФХ около половины (44%) пациентов с пневмониями получали ЦС, 49% – КП, 61% – АГ, 23% ПЦ и 28% – макролиды, значительно реже – метронидазол (9%) и гликопептиды (12%). В большинстве случаев из антибиотиков ФХ ряда назначался левофлоксацин (79%), чем офлоксацин (7%) и ципрофлоксацин (14%). В абсолютном большинстве случаев фторхинолоновые препараты переносились удовлетворительно. Отмечались в незначительном количестве следующие побочные эффекты: тошнота, боль в животе, диарея – 4%; обратимые артралгии, преимущественно слабо или умеренно выраженные – 1,5%; рвота – 4%; боль по ходу внутривенного введения – 5%; крапивница – 1%.

Таким образом, анализ информации, полученной путем изучения 340 медицинских карт стационарного пациента от 1 месяца до 18 лет с различными морфологическими формами внегоспитальных пневмоний позволил сделать следующие **выводы**:

1. Антимикробная терапия у детей с лобарными пневмониями продолжалась достоверно дольше, чем с очаговыми и сегментарными, с преобладанием парентерального способа введения препаратов.

2. Монотерапия АБП чаще использовалась у пациентов с очаговыми пневмониями, комбинированная – с сегментарными и лобарными.

3. Антибиотиками выбора при различных формах пневмоний были цефалоспорины, преимущественно III поколения.

4. Значительно реже, чем в условиях амбулаторного лечения, стационарные пациенты получали пенициллиновые антибиотики.

5. В лечении лобарных и сегментарных пневмоний чаще, чем очаговых, использовались антибиотики фторхинолонового ряда.

Литература

1. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика. Научно-техническая программа. – М.: Оригинал-макет, 2011. – 68 с.
2. Жерносек, В. Ф. Острая пневмония у детей: лечение, профилактика / В. Ф. Жерносек, К. К. Орынбасарова, Ш. К. Батырханов. – Минск: БелМАПО, 2013. – 51с.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания: Приказ МЗ РБ № 1536 от 27.12.2012.
4. Black, R. E. Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis / R. E. Black [et al.] // Lancet. – 2010. – N. 375(9730). – P. 1969-1987.

Репозиторий ГрГМУ

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Сурмач Е. М., Малкин М. Г., Якуть А. В., Хихол В. А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме: изучен синдром эмоционального выгорания у медицинских сестёр стационаров города. Общий уровень психического выгорания имел низкие значения в группах, был выше у медперсонала хирургических отделений, в сравнении с терапевтическими отделениями.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, стационары, медицинские сёстры.

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME AMONG NURSES

Surmach K. M., Malkhin M. R., Yakuts H. V., Khikhol V. A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary: the burnout syndrome was analyzed among nurses in general hospitals. The average level of the burnout syndrome was low, but the level was higher in the group of surgical nurses.

Key words: burnout syndrome, general hospitals, nurses.

Актуальность: Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) широко распространен в медицинской среде. СЭВ наблюдают у медицинских работников разных возрастных групп, специалистов разного профиля. В течение последнего десятилетия отмечен рост СЭВ с 23% до 40% у среднего медицинского персонала. Особенно подвержены развитию синдрома медицинские сестры, имеющие ночные дежурства, работающие с пациентами в отделениях интенсивной терапии, хосписе. СЭВ имеет свои особенности по мере роста стажа работы и возраста по данным Л. А. Лазаревой с соавторами: медицинские работники со стажем работы более 20 лет составляют большинство группы с СЭВ, фаза резистенции СЭВ в 56% случаев сформировалась у них полностью. Для этой фазы характерны неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование, эмоциональная дезориентация, редукция профессиональных обязанностей [1]. По данным английских исследователей, у медицинских работников нетрудоспособность почти в половине случаев связана с СЭВ, стресс и СЭВ тесно «взаимодействуют», у медицинских сестер высокий уровень стресса приводит к эмоциональному истощению, высокий уровень личных достижений приводит к повышению уровня стресса. Среди обследованных медсестер высокий уровень тревоги был выявлен в 41% случаев, клинически выраженная депрессия – в 26%. Треть

Репозиторий ГрГМУ

медсестер принимала медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышало средний уровень [2]. Установлено, что одним из факторов синдрома “выгорания” является продолжительность стрессовой ситуации, её хронический характер [3].

Высокий уровень эмоционального истощения приводит к формированию симптомов депрессии, что в свою очередь ухудшает как качество жизни медицинского работника, так и качество оказываемой им медицинской помощи.

Очень важным представляется организация проведения мероприятий по профилактике и раннему выявлению СЭВ, особенно среди профессий, в которых он часто наблюдается.

Цель: определить частоту встречаемости СЭВ и выполнить анализ особенностей синдрома у медицинских сестер стационаров города.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 27 медицинских работников со средним специальным образованием, работающих в стационарах г. Гродно. Средний возраст респондентов составил 33,1±11,2. Использовался опросник MBI (К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н. Е. Водопьяновой). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, а также $\chi 2$ Пирсона. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Уровень $p<0,05$ был принят как статистически значимый.

Результаты: полученные суммарные результаты у опрошенных медицинских сестер представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Уровень значений по шкалам опросника MBI

Шкалы	Результаты, (n=27)
Психоэмоциональное истощение	19,0 [17,0-27,0]
Деперсонализация (личностное отдаление)	16,0 [15,0-19,0]
Редукция личных достижений (профессиональная мотивация)	9,0 [6,0-11,0]
Психическое выгорание	43,0 [37,0-61,0]

Согласно полученным данным общий уровень психического выгорания имел низкие значения в группе. При анализе средних значений показателей по шкалам получены низкие значения шкалы редукции личных достижений (уровень профессиональной мотивации сохранен) и психоэмоционального истощения, средние значения по шкале деперсонализации (личностного отдаления).

В отделениях терапевтического профиля 4,6% сотрудников имели средний уровень психоэмоционального истощения, 24% – высокие значения деперсонализации, 65% – низкие значения редукции личных достижений, остальные сотрудники – средний уровень данного показателя.

Репозиторий ГрГМУ

В отделения хирургического профиля 18% медицинских сестер имели средний, 7% – высокий уровень психоэмоционального истощения, 17% – высокие значения деперсонализации, 32% – средние значения редукции личных достижений.

Анализируя суммарный уровень психического выгорания в зависимости от профильного отделения, получено, что в группах опрошенных суммарные значения психического выгорания ниже у среднего медицинского персонала в отделениях терапевтического профиля в сравнении с хирургическими отделениями. Зависимости психического выгорания от стажа работы, возраста не найдено.

Выводы: таким образом, выявлены низкие значения психического выгорания у медицинских сестер, оказывающих помощь в стационарах города. Уровень СЭВ не зависит от стажа работы, возраста в отделениях терапевтического, хирургического профиля. Значения «психического выгорания» ниже у среднего медицинского персонала терапевтических отделений в сравнении с хирургическими отделениями. 3,2% опрошенных респондентов в отделениях хирургического профиля имеют высокий уровень «психического выгорания». Уровень психоэмоционального истощения выше в группе медицинских сестер хирургических отделений, 1/4 часть обеих групп имеет высокие значения личностного отдаления, у 1/2 части обеих групп профессиональная мотивация сохранена.

Литература

1. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер / Л. А. Лазарева [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – № 5(4). – P. 1514-1516
2. Burnout and Depressive Symptoms in Intensive Care Nurses: Relationship Analysis / E. M. Vasconcelos [et al.] // Rev Bras Enferm.. – 2018. – Vol. 71, № 1. – 135-141.
3. Burnout as a predictor of depression: a cross-sectional study of the sociodemographic and clinical predictors of depression amongst nurses in Cameroon / C. Mbanga [et al.] // BMC Nursing. – 2019. – Vol. 18, №50. – P. 43-50.

ТРЕБОВАНИЯ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Сурмач М. Ю., Бойко С. Л.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. На основании Международного стандарта IC CSR-08260008000 «Социальная ответственность организации. Требования» нами предложены основные направления политики и цели организации здравоохранения, а также требования к деятельности организации здравоохранения в области социальной ответственности

Репозиторий ГрГМУ

Ключевые слова: социальная ответственность, организация здравоохранения, политика организации, требования к деятельности

REQUIREMENTS FOR THE ACTIVITIES OF HEALTH ORGANIZATION IN THE FIELD OF SOCIAL RESPONSIBILITY

Surmach M. Yu., Boyko S. L.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Based on the International standard IC CSR-08260008000 “Social responsibility of the organization. Requirements”, we proposed the main directions of the policy and goals of the healthcare organization, as well as the requirements for the activities of the healthcare organization in the field of social responsibility

Key words: social responsibility, healthcare organization, organization policy, requirements for activities

Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант № Г19-061 от 02.05.2019).

Ответственность организации за воздействие ее решений и деятельности на общество и окружающую среду через прозрачное и этичное поведение, которое содействует устойчивому развитию, включая здоровье и благосостояние общества; учитывает ожидания заинтересованных сторон; соответствует применяемому законодательству и согласуется с международными нормами поведения; интегрировано в деятельность всей организации и применяется в ее взаимоотношениях становится в современных условиях основополагающим принципом в формировании стандартов качества деятельности в здравоохранении Республики Беларусь.

Реализация организацией социальной ответственности осуществляется посредством внедрения в систему менеджмента качества организации направлений политики, целей деятельности, и учёта требований к деятельности организации здравоохранения в области социальной ответственности в документах системы менеджмента качества.

К основным направлениям политики в области социальной ответственности можно отнести следующие: отвечает экономическим интересам организации; способствует достижению социальной справедливости, безопасности и благополучия персонала и потребителей медицинской помощи; доступна и понятна персоналу организации здравоохранения.

Цель деятельности организации здравоохранения в области социальной ответственности – соблюдение трудовых и социальных прав персонала и защита жизни и здоровья потребителей медицинской помощи.

Достижение цели организацией здравоохранения в области социальной ответственности должно способствовать повышению качества жизни персонала и общества в целом; повышению имиджа организации здравоохранения у

Репозиторий ГрГМУ

потребителей медицинской помощи и среди медицинской среды; улучшению отношений с органами власти; развитию взаимодействия с общественностью и средствами массовой информации.

Способом определения социальной ответственности организации здравоохранения является анализ проблем социальной ответственности по следующим основным направлениям/аспектам: организационное управление; права человека; трудовые практики; окружающая среда; добросовестные деловые практики; проблемы, связанные с потребителями; участие в жизни сообществ и их развитие.

Требования к деятельности организации здравоохранения в области социальной ответственности могут быть разделены на восемь групп.

В группу «Социальные права персонала» (1) следует отнести следующие требования:

- Свобода объединений и право на коллективный договор: право персонала образовывать профессиональные союзы по своему выбору и участвовать в коллективных договорах.
- Заработная плата: предоставление достойных условий труда и вознаграждения в соответствии с национальными законами, нормативными актами или условиями коллективных соглашений.
- Длительность работы: соблюдение законов и нормативных актов, определяющих длительность работы.
- Дискриминация: отсутствие дискриминационного отношения из-за расы, цвета кожи, пола, возраста, гражданства или национальности, этнического или социального происхождения, касты, семейного положения, сексуальной ориентации, ограничения возможностей, показателей здоровья, таких как статус ВИЧ/СПИД, политических предпочтений или по иным основаниям.
- Дисциплинарные меры: исключение физического насилия или негуманного или унизительного обращения в качестве дисциплинарных мер.
- Охрана труда: обеспечение безопасных условий труда и сокращение в возможных пределах факторов опасности; предоставление персоналу, включая новый персонал, регулярного и документируемого обучения по технике безопасности и охране труда.

Группа «Социальные гарантии персонала» (2) включит:

- Переподготовка и компенсационные выплаты при сокращении персонала: создание возможностей работникам, которые могут быть уволены в результате структурных изменений, для переподготовки с целью повышения квалификации или получения новых профессий.
- Содействие обучающимся: отсутствие препятствий работникам для получения высшего образования (вечернее, заочное или дистанционное обучение), в том числе предоставление отпуска в случаях, предусмотренных законодательством; стимулирование

Репозиторий ГрГМУ

стремления работников получить новое образование или специальность или повысить свою квалификацию.

- Оплачиваемый отпуск: обеспечение использования отпуска и его оплаты в соответствии с действующим законодательством.
- Охрана материнства: соблюдение законодательства в сфере защиты материнства, создание здоровых и безопасных условий для беременных женщин, содействие работающим матерям при размещении детей в детские дошкольные учреждения.

Особенно значимыми для организации здравоохранения являются требования группы «Качество медицинской помощи» (3), предлагаемые на основании подхода к оценке качества ВОЗ:

- Результативность: базируется на научных знаниях и доказательных фактах.
- Безопасность: возможный вред (включая медицинские ошибки и предотвратимые повреждения) минимизирован.
- Своевременность: задержки в предоставлении помощи минимальны.
- Равенство: качество оказания помощи не зависит от характеристик пациента, например, таких как пол, национальность, социально-экономический статус, место жительства и т. п.
- Интегрированность: помощь, оказываемая в разных организациях здравоохранения и в разных условиях, координирована, с соблюдением преемственности, с направленностью на достижение желаемого эффекта в состоянии здоровья.
- Эффективность: достижение максимально высокого результата сопряжено с рациональным использованием ресурсов.

Группа требований «Защита интересов потребителей медицинской помощи» (4) может включать следующие требования:

- Информация о безопасности: передача потребителю медицинской помощи необходимой информации, касающейся безопасности и медицинских рисков.
- Рассмотрение жалоб и претензий: разработка мер для предотвращения претензий; анализ претензий и улучшение реагирования на них; предложение адекватных и эффективных систем поддержки и консультаций.
- Защита персональных данных потребителей: предоставление персональных данных на добровольной основе с информированного согласия пациента; сбор информации только законными и справедливыми способами с указанием цели сбора персональной информации до или во время сбора данных; сохранение и непредоставление доступа к персональным данным иным лицам, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Репозиторий ГрГМУ

– Пациент-ориентированность деятельности: деятельность отвечает предпочтениям, нуждам и ценностям пациентов, основана на диалоге и партнёрстве.

Группа требований «Охрана окружающей среды» (5):

– Предотвращение вредных воздействий на окружающую среду: использование процессов, инфраструктуры и расходуемых ресурсов, направленных на предотвращение недопустимых вредных воздействий на окружающую среду.
– Экологическое обучение и просвещение персонала: обеспечение необходимой компетентности экологического обучения для персонала.

Требования «Экономное расходование ресурсов» (6):

Устойчивое ресурсопотребление: проведение работы по экономному расходованию электрической и тепловой энергии, воды, топлива, материалов и других ресурсов путем внедрения ресурсосберегающих технологий, использования возобновляемых источников энергии, рециркуляции воды, сокращения отходов.

Требования «Участие в жизни сообществ и их развитии» (7):

– Участие в жизни сообществ: поддержка усилий местной власти и гражданских инициатив в области экономического, социального и культурного развития территории нахождения организации здравоохранения; регулярное получение информации от всех заинтересованных сторон относительно соответствия своей деятельности требованиям к социальной ответственности.
– Помощь местным учреждениям и организациям социальной сферы: оказание помощи местным организациям социальной сферы, включая детские дошкольные учреждения, детские дома, школы, больницы, дома инвалидов и престарелых и др.; активная поддержка социальных программ города, района, области.
– Помощь малоимущим семьям, одиноким престарелым, а также ветеранам: оказание, в меру своих возможностей и в доступных формах, поддержки и помощи многодетным и малоимущим семьям, одиноким престарелым, ветеранам войн и труда, в том числе своим сотрудникам, находящимся на пенсии.

Требования «Менеджмент социальной ответственности» (8):

– Практики для интеграции социальной ответственности повсеместно в организации: превращение социальной ответственности в неотъемлемую часть своих политик, организационной культуры, стратегий, структур и деятельности.
– Анализ и контроль со стороны руководства: разработка программы (плана) мероприятий по реализации политики и целей в области социальной ответственности; обеспечение рассмотрения жалоб потребителей медицинской помощи и населения на отрицательные социальные последствия деятельности организации здравоохранения.

Репозиторий ГрГМУ

– Обмен информацией о социальной ответственности: выполнение правовых и других требований по раскрытию информации, относящейся к социальной ответственности; демонстрация организацией здравоохранения выполнения своих обязательств по социальной ответственности и реагирования на запросы заинтересованных сторон и ожидания общества в целом.
– Самооценка: анализ своей деятельности в области социальной ответственности.

Для более полной реализации требований социальной ответственности в организациях здравоохранения рекомендуется разработка отдельного стандарта. Цель стандарта социально ответственной организации – сформировать системное видение и активизировать социально ответственное поведение. При этом необходимо понимать, что положения стандарта отражают ожидания общества в конкретный момент времени, в связи с чем содержание социальной ответственности организации подлежат периодическому пересмотру.

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Трусь Е. И., Приходько В. С., Аникин А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье рассмотрен вопрос детской инвалидности как медико-социальной проблемы. Изучалась численность детей-инвалидов, основные тенденции инвалидизации, структура инвалидности, действующая нормативная документация.

Ключевые слова: инвалидность, ребёнок-инвалид, медицинская реабилитация, профилактика.

CHILD DISABILITY AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Trus E. I., Prikhodko V. S., Anikin A. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. The article considers the issue of child disability as a medical and social problem. We studied the number of disabled children, the main trends in disability, the structure of disability, and current regulatory documentation.

Репозиторий ГрГМУ

Key words: disabled child, medical rehabilitation, prevention, disability problem.

Здоровье детей определяет репродуктивный потенциал нации. Детская инвалидность отражает не только здороье населения, но и качество профилактических мероприятий. Проблема тесно связана с экономикой и социальным развитием общества [1; 2]. Ещё большую актуальность приобретает этот вопрос в условиях невысокой рождаемости, характерной для многих европейских стран. Одно из важнейших направлений государственной политики Республики Беларусь (РБ) это реабилитация детей-инвалидов. Детская инвалидность приводит к сокращению продолжительности жизни, ухудшению качества жизни этих детей; несёт дополнительную нагрузку на экономику государства. Лица, имеющие инвалидность – активные пользователи медицинских услуг.

Знание ситуации об инвалидности детей, факторов её вызывающих помогает в оптимизации мероприятий, которые проводятся с детьми-инвалидами.

Источником информации служили отчёты по детской инвалидности г. Гродно, статистические сборники за исследуемый период. Изучаемый период: с 2014 года по 2019 год. Проанализирована действующая нормативно-правовая база РБ, регулирующая работу с детьми-инвалидами. Поиск проводился по ключевым словам.

Закон «О здравоохранении» РБ определяет основные принципы государственной политики в области здравоохранения, в том числе «приоритетность медицинского обслуживания … лекарственного обеспечения несовершеннолетних, женщин во время беременности, родов … инвалидов в оответствии с законодательством». В статье 25 указывается на возможность нахождения матери или другого лица, непосредственно осуществляющих уход за ребёнком-инвалидом круглосуточно в стационаре [4].

Согласно постановлению Министерства здравоохранеия (МЗ) РБ ребёнок-инвалид это «лицо в возрасте до 18 лет, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие врождённых, наследственных, приобретённых заболеваний, дефектов или травм нуждается в социальной помощи и защите» [3]. При оценке категорий жизнедеятельности у детей введена категория «способность к ведущей возрастной деятельности». При оценке показателей, определяют функциональный класс (ФК).

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности устанавливают степень утраты здоровья.

Переосвидетельствование детей-инвалидов проводится – 1 раз в течение срока, на который ребёнку установлена категория «ребёнок-инвалид». Периодичность переосвидетельствования не зависит от степени утраты здоровья, может быть 1 год, 2 года, 5 лет, до 18 лет [3].

Репозиторий ГрГМУ

Для детей-инвалидов разрабатывается индивидуальная программа медицинской реабилитации, её реализация фиксирутся в истории развития ребёнка (Ф 112/у).

Этапы медицинской реабилитации:

- лечебно-реабилитационный,
- амбулаторный,
- домашний.

Возможо использование нескольких курсов реабилитации для достижения восстановления нарушенных функций органов и систем.

В период учебного года детям-инвалидам предоставляются рекомендации Центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации по программе обучения для детей школьного возраста.

Дети-инвалиды до 18 лет могут бесплатно пользоваться следующими услугами:

- получение лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня, установленного Правительством РБ,
- изготовление и ремонт зубных протезов в государственных организациях здравоохранения,
- санаторно-курортное лечение или оздоровление,
- проезд на всех видах пассажирского транспорта общего пользования,
- питание в столовых при получении общего среднего образования, специального образования на уровне общего среднего образования,
- пользование учебниками и учебными пособиями,
- получение дополнительного образования в школах искусств,
- проживание в общежитии в государственных учреждениях образования.

Кроме того, существует ряд льгот:

- скидки на обучение в государственных учреждениях, при получении высшего или среднего специального образования,
- преимущественное право на зачисление в учебные заведения при равном общем количестве баллов.

Репозиторий ГрГМУ

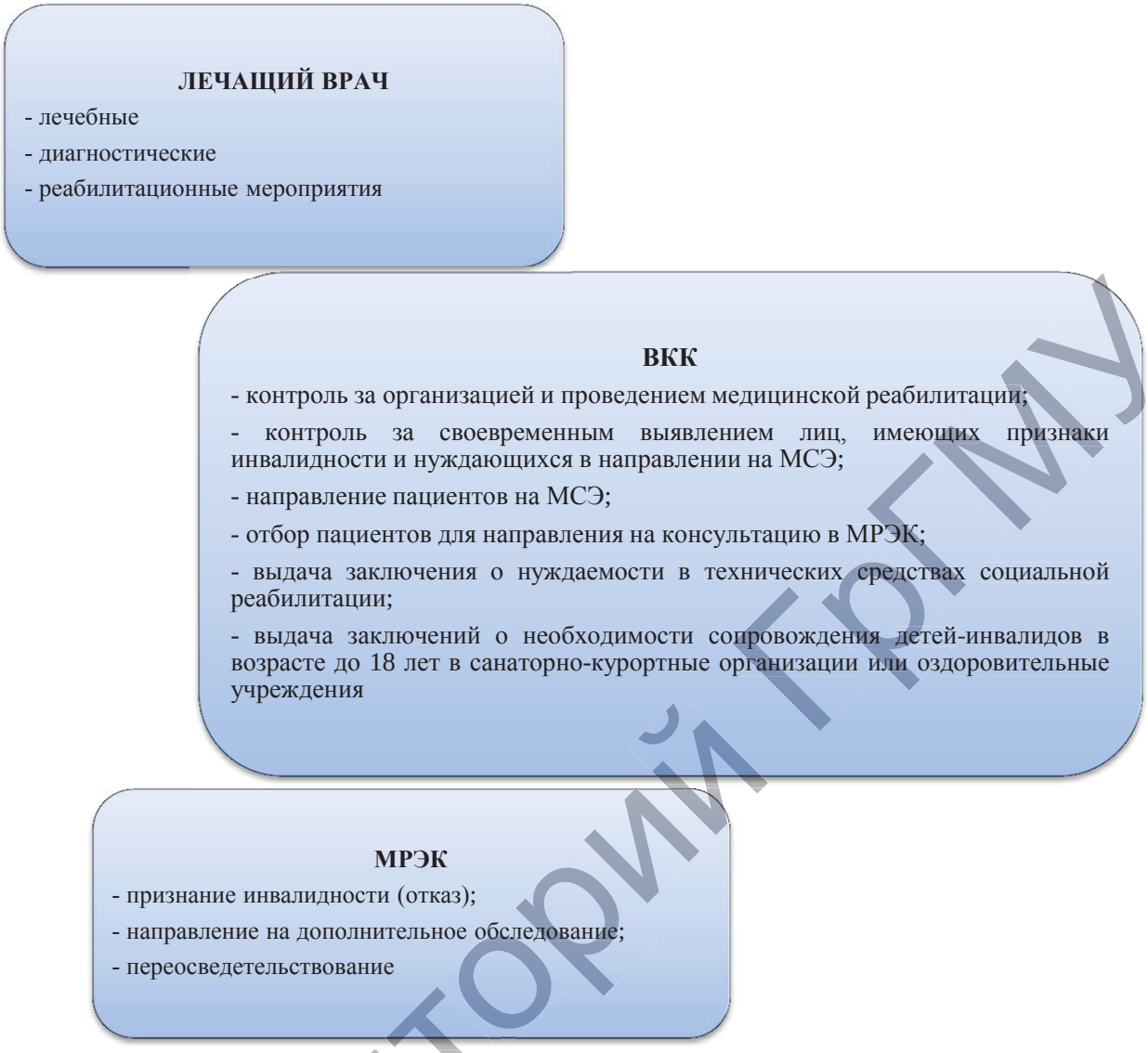


Рисунок 1. – Взаимодействие медицинских структур по работе с детьми-инвалидами

В структуре причин инвалидности лидируют врождённые аномалии, на втором месте психические расстройства и расстройства поведения, далее следуют болезни эндокринной и болезни нервной систем (рисунок 2). Их удельный вес составляет 74%.

Среднегодовой показатель детской инвалидности за исследуемый период составил 18,1+-0,673.

Возрастная и гендерная структура детской инвалидности практически не меняется [5].

Для решения проблемы детской инвалидности требуется систематическое наблюдение и многоуровневое решение. Для снижения показателя необходимо обеспечить максимальный охват восстановительным лечением согласно ИПР, усилить внимание на болезнях, преобладающих в структуре причин инвалидности, шире проводить пропаганду ЗОЖ среди населения. Постоянного внимания и поддержки требуют службы планирования семьи и медико-

Репозиторий ГрГМУ

генетическое консультирование. Комплекс мероприятий поможет снизить расходы на лечение, реабилитацию, образование.

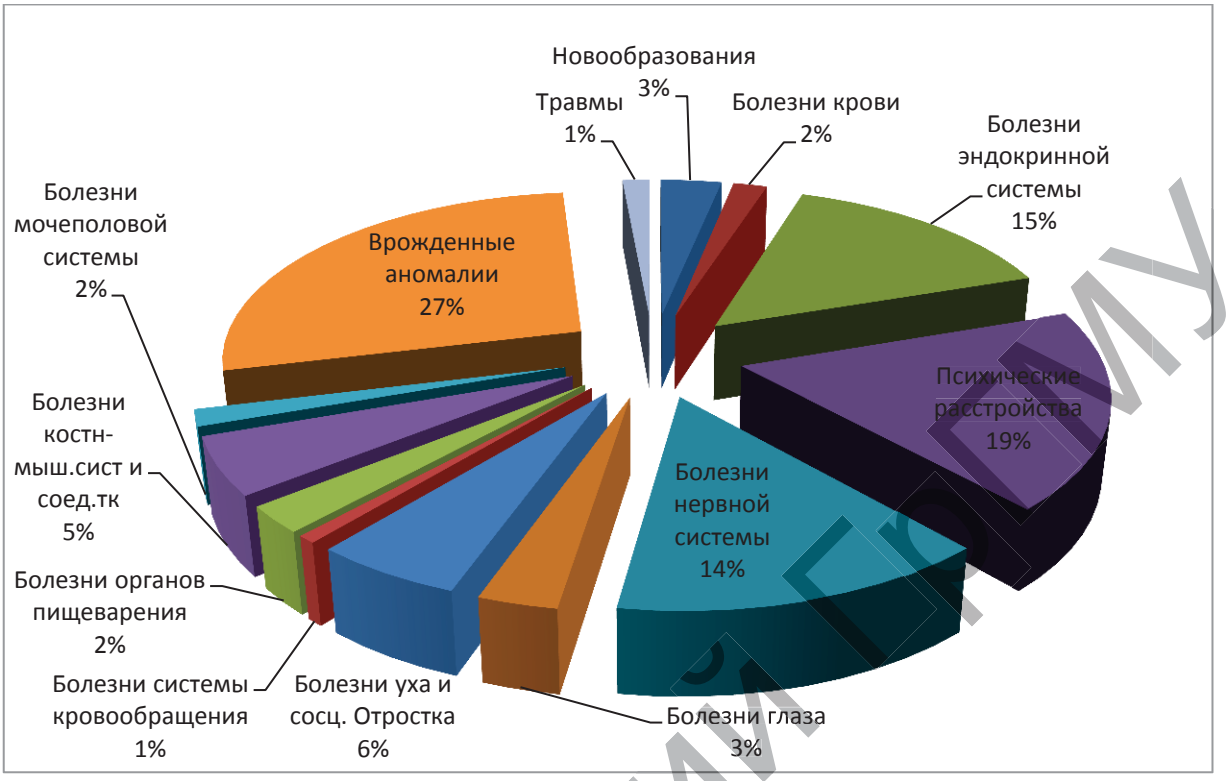


Рисунок 2. – Структура причин инвалидности среди детей в г.Гродно за 2014-2019 годы

Литература

1. Баранов, А. А. Проблемы детской инвалидности в современной России / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. Н. Терлецкая, Е. В. Антонова // Вестник РАМН. – 2017. № 72 (4) С. 305-312.
2. Деннер, В. А. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы // В. А. Деннер, П. С.Федюнина, О. В. Давлетшина, М. В. Набатчикова // Молодой ученый. – 2016. – №20. – С. 71-75.
3. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [Электронный ресурс] : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 25.10.2007 г., № 97. – Режим доступа: http://www.pravo.by. – Дата доступа: 13.03.2020.
4. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа : http://www.pravo.by. – Дата доступа : 13.05.2020.
5. Приходько, В. С. Анализ детской инвалидности / В. С. Приходько, А. И. Аникин // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященный 80-летию со дня рождения профессора Болтрукевича Станислава Ивановича – Гродно : ГрГМУ 2020. – С. 412-413

Репозиторий ГрГМУ

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ РАЗМЕРОВ ТАЗА МАТЕРИ

Цеслюкевич Ю. Ю., Заборовский Г. И.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. В статье представлен медико-социальный портрет беременной с клинически узким тазом, анализируется влияние течения беременности и родов на возникновение несоответствия размеров таза матери.

Ключевые слова: беременность, клинически узкий таз, роды, новорожденный.

ANALYSIS OF GESTATION AND CHILDBIRTH COURSE INFLUENCE ON CEPHALOPELVIC DISPROPORTION APPEARANCE

Ceslyukevich J. J., Zaborovskiy G. I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Medical and social portrait of a pregnant with cephalopelvic disproportion is represented in the article, gestation and childbirth course influence on cephalopelvic disproportion appearance is analyzed in the article.

Key words: pregnancy, cephalopelvic disproportion, childbirth, newborn.

Клинически выраженная диспропорция между размерами головки плода и таза матери остается одной из ведущих проблем современного акушерства, частота встречаемости которой, по данным ряда исследователей, достигает 9,8% к общему числу родов [1]. В настоящее время грубые деформации таза и высокие степени его сужения встречаются редко, но возрастает количество функциональной неполноценности таза из-за увеличения массы тела плода и других факторов риска. Эта патология является одной из основных причин, определяющих уровень репродуктивных потерь и заболеваемости детей. Рациональное ведение родов в этих условиях до сих пор относится к наиболее трудным разделам акушерства. Данная ситуация требует раннего выявления женщин из группы риска для оказания им необходимой помощи во время беременности и выборе тактики родоразрешения, для оценки прогноза жизни новорожденных [1, 2].

Цель исследования. Определить влияние особенностей течения беременности и родов на возникновение несоответствия размеров таза матери размерам головки плода для улучшения диагностики и прогноза патологии.

Материал и методы исследования. На основании тематической научной литературы были составлены анкеты для пациенток с диагнозом

Репозиторий ГрГМУ

несоответствия размеров таза, в которых отмечены основные моменты течения беременности и родов. Анализ анкет был проведён у 95 пациенток учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (71 из которых первородящие, 24 повторнородящие) по следующим критериям: возраст матери, резус фактор, прибавка в массе тела за беременность, вредные привычки, особенности диагноза, порядковый номер беременности, особенности беременности и родов. Выборки из анкет обработаны статистическими алгоритмами для выявления общих закономерностей.

Результаты и их обсуждение. Что собой представляет среднестатистическая беременная с наличием несоответствия размеров таза матери размерам головки плода? Это женщина, в большинстве своем, состоящая в браке (93,7%), проживающая в городской местности (83,2%), с высоким образовательным цензом (высшее – у 55,8%, среднее-специальное – 36,8%). Средний возраст этого контингента равен 27,2±0,3 года, занятых преимущественно на легких видах труда (66,3%), наличием у каждой шестой-седьмой женщины профессиональных вредностей на работе. Из соматометрических показателей обращает на себя внимание довольно высокий средний вес пациенток (75,3±0=1,2 кг) на начало беременности с последующей прибавкой массы тела (13,2±0,4 кг) за время гестации. Если учесть средний рост пациенток (165,5±0,6 см), то средний индекс массы тела (24,4±0,4 кг/м^2) приближается к верхней границе нормальной массы тела (от 18 до 24,9 кг/м^2), в том числе более трети (35,8%) женщин с избыточной массой тела и ожирением. Исследуемый контингент на ¾ (74,7%) сформирован из первородящих. Злоупотребление алкоголя и куреиея отрицают 100% исследуемых женщин. Резус-отрицательная кровь матери встречалась в 21,1%.

Особенности диагноза в общей группе (95 пациенток): без особенностей – 23,2%, наличие крупного плода у 49,5%, неправильное предлежание плода – 16,9%, гестоз – 6,3%, равномерно суженный таз – 3,2%, инфекции половых путей – 3,2%, несостоятельный рубец на матке –3,2%. Особенности течения беременности: без особенностей – 28,4%, угроза прерывания беременности – 24,2%, инфекции мочеполовой системы – 19,0%, токсикоз – 12,6%, гестоз – 1,1%. Осложнения родов в общей группе: без осложнений – 24,2%, преждевременный разрыв плодных оболочек – 10,5%, клинически узкий таз – 72,6%, преждевременное излитие околоплодных вод – 23,2%, многоводие – 8,4%, слабость родовой деятельности – 5,3%. Порядковый номер беременности составил в среднем 1,46±0,1. В группе повторнородящих исходы предыдущих беременностей были неблагоприятными в 11,6%, из них выкидыши составили 4,2%, аборты – 4,2%, замершая беременность – 3,2%.

Осложнения беременности встречались в 75,8% выборки, чаще всего это клинически узкий таз, что влечёт за собой выбор родоразрешения: кесарево сечение по экстренным показаниям – 66,3%, плановое кесарево сечение – 26,3%, индукция родов – 3,2%, не оказывалось пособие в 4,2% случаев. Число беременностей, приходящихся на одну женщину составило 1,46±0,1 с преобладанием первородящих (74,7%). В общей группе женщин, соматические

Репозиторий ГрГМУ

заболевания имелись у 78,9% женщин, причём значительная часть приходилась на хронические экстрагенитальные инфекции, анемию и миопию. Сопутствующая соматическая патология у первородящих диагностировано у 78,9% пациенток, из них анемия лёгкой степени у 21,1%, миопия у 28,2%, малые аномалии сердца – 15,5%, хронические экстрагенитальные инфекции, включая кариес у 29,6%, инфекции половых путей – 5,5%. В группе повторнородящих сопутствующие соматические заболевания регистрировались у 79,2%. В структуре патологий преобладали отягощённый акушерский анамнез (25,0%), анемия (12,5%), нарушения жирового обмена 3 степени (16,7%), миопия (20,8%). В общей выборке пациенток гинекологические заболевания встречались практически у каждой второй беременной (48,4%). Причем в группе первородящих этот показатель ниже (46,5%). Наиболее часто регистрировались эрозия шейки матки (31,0%), инфекции половой системы (16,9%), новообразования, кисты (10,0%). В группе повторнородящих гинекологическая заболеваемость выше 54,2%. Среди них эрозия шейки матки диагностирована в 29,2% случаев, миома матки у 12,5%, инфекции половой системы у 16,7%.

Операции и пособия в родах не оказывались лишь в 4,2% родов, экстренное кесарево сечение было проведено в 66,3%, плановое кесарево сечение в 26,3%, индукция родов в 3,2%. Общая кровопотеря в родах составила в среднем 547±15 мл, что превышает физиологическую норму. Оценка состояния новорожденного: средний вес 3957±53 г, средний рост 46,2±0,5 см. Мальчики рождались в 2,3 раза чаще (69,5%) девочек (30,5%). Осложнения имелись у 14,7% новорожденных. Среди них встречалась внуриутробная инфекция – 10,5%, синдром дыхательных расстройств – 3,2%, желтуха, умеренная асфиксия и водянка яичка в 2,1%.

Выводы. Результаты исследования показывают, что на несоответствие размеров таза матери могут оказывать влияние следующие факторы: возраст женщин старше 27 лет, отрицательный резус-фактор, прибавка в массе тела за беременность около 13 кг, наличие крупного плода или неправильного предлежания в диагнозе, угроза прерывания беременности, первая беременность, инфекции мочеполовой системы, многоводие, токсикоз в анамнезе текущей беременности, осложнения настоящих родов в виде преждевременного разрыва плодных оболочек, клинически узкого таза. При наличии у женщины каких-либо факторов из вышеперечисленных, её можно отнести к группе повышенного риска в возникновении несоответствия, что требует соответствующего ведения последнего триместра беременности и выбора необходимого метода родоразрешения.

Литература

1. Авдонина, А. С. Проблема клинически узкого таза в современном акушерстве / А. С. Авдонина // Научные стремления . – 2013. – № 1. – С. 76-79.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. Н. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н.Серова, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 1080 с.

Репозиторий ГрГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОФЕССОР ЕВГЕНИЙ МИХАЙЛОВИЧ ТИЩЕНКО: ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ, НАУЧНАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Сурмач М.Ю. 3

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ. ВЕДУЩИЕ УЧЁНЫЕ И ЛИДЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗНЫХ СТРАН МИРА, ЧЬЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СВЯЗАНА С ИСТОРИЕЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

75-ГОДДЗЕ ПЕРАМОГІ: УКЛАД ВЕТЭРАНАЎ ВЯЛІКАЙ АЙЧЫННАЙ ВАЙНЫ І ЛІДЭРАЎ ПРАКТЫЧНАЙ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Ў АРГАНІЗАЦЫЮ І СТАНАЎЛЕННЕ КАФЕДРЫ ПРАМЯНЁВАЙ ДЫЯГНОСТЫКІ І ПРАМЯНЁВАЙ ТЭРАПІІ

Александровіч А. С., Зіматкіна Т. І. 12

НРАВСТВЕННЫЕ ФАКТЫ И ПОРОКИ МЕДСЕСТРОВ И ПОСРЕДНИКОВ В ИСТОРИИ ПОЛЬСКОЙ МОРАЛЬНОЙ МЫСЛИ

Баранский Ю. 17

В. И. ГЕДРОЙЦ. БЕЛОРУССКИЕ КОРНИ ВСЕРОССИЙСКОЙ И СОВЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Валько Н. А., Хильмончик Н. Е. 21

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Езепчик О. А. 25

ВЧЕРА И СЕГОДНЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Иванцов О. А., Светляк О. А. 30

ИВАН ВАЛЕРЬЯНОВИЧ НИЧИПОРУК – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ И ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНЩИНЫ

Ильина И. И., Ильина С. Н., Колоцей В. Н. 36

Репозиторий ГрГМУ

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РБ В НАЧАЛЕ XXI СТОЛЕТИЯ

Лапицкий К. А., Вечорко В. В., Хильмончик Н. Е. 39

ИВАН ВАЛЕРЬЯНОВИЧ НИЧИПОРУК – ХИРУРГ, ОРТОПЕД, ЧЕЛОВЕК – 110-ЛЕТИЕ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Малкин М. Г., Горбачёв А. Е., Сурмач Е. М. 45

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПЕРВЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА

Мосин О. В., Жигимонт А. В., Верховодко А. И. 48

ПАРАМЕЙ ВЛАДИМИР ТРОФИМОВИЧ – ОРГАНИЗАТОР КАФЕДРЫ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Ильина С. Н., Мармыш В. Г., Романчук В. В. 52

ПРОФЕССОР МОГИЛЕВ – ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Плоцкий А. Р. 57

К БИОГРАФИИ ГРОДНЕНСКОГО ВОЕННОГО ВРАЧА И ЛИТЕРАТОРА В. Д. ПОДГАЕЦКОГО (1839-1891)

Ситкевич С. А., Черепица В. Н. 61

СОВРЕМЕННОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНЕ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Смолей Н. А. 66

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ДЕЛА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Солонец Г. В. 70

НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОВИЗОРА М. С. ОРЛИСА В КОНЦЕ XIX В. – НАЧАЛО XX В.

Сосонкина В. В. 75

К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЛИДИИ ИЛЛАРИОНОВНЫ ГОКИНАЕВОЙ, ОДНОГО ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ГРОДНЕНЩИНЫ

Хворик Д. Ф., Конкин Д. Е., Барцевич И. Г 78

Репозиторий ГрГМУ

ЛИЧНОСТЬ СТУДЕНТА МЕДИКА: РОЛЬ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Хильмончик Н. Е. Кузнецов О. Е. **82**

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шейбак В. М. **86**

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ ИСТОРИЧЕСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ. ВКЛАД БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ДОСТИЖЕНИЯ МИРОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ. ПОДГОТОВКА КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

АРГАНІЗАЦЫЯ НАВУЧАЛЬНАГА ПРАЦЭСУ Ў СТУДЭНТАЎ МЕДЫКА-ДЫЯГНАСТЫЧНАГА ФАКУЛЬТЭТА НА КАФЕДРЫ ПРАМЯНЁВАЙ ДЫЯГНОСТЫКІ І ТЭРАПІІ

Александровіч А. С., Зіматкіна Т. І. **89**

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНССИРОВАННОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Василевский В. П., Горячев П. А., Иоскевич Н. Н., Цилиндзь А. Т., Труханов А. В. **92**

АСАБЛІВАСЦІ ВЫКАРЫСТАННЯ БЕЛАРУСКІХ ФІТОНІМАЎ

Варанец В. І. **95**

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОТРАСЛЕЙ В МИРОВОМ СООБЩЕСТВЕ

Вечорко В. В., Лапицкий К. А., Хильмончик Н. Е. **97**

ПРЕПОДАВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Головкова Е. В. **102**

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ГРОДНЕНЩИНЫ

Гутько А. Г., Некрашевич А. И. **105**

Репозиторий ГрГМУ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН ИУДЕЙСКОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ГУБЕРНИИ

Ермак Ю. Г. 108

ГЕРИАТРИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Жилевич Л. А., Лишаков В. Б., Падуто Д. С. 111

АБ НЕКАТОРЫХ АСАБЛІВАСЦЯХ СУЧАСНАЙ ПАСЛЯДЫПЛОМНАЙ АДУКАЦЫІ

Зіматкіна Т. І., Александровіч А. С., Губар Л. М. 115

РЭЙТЫНГАВАЯ СІСТЭМА АЦЭНКІ ВЕДАЎ СТУДЭНТАЎ ПРЫ ВЫКЛАДАННІ РАДЫЯЦЫЙНАЙ І ЭКАЛАГІЧНАЙ МЕДЫЦЫНЫ

Зіматкіна Т. І., Александровіч А. С. 119

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Карпович Ю. И., Пырочкин В. М., Карпович Ю. Л., Богданович В. Ч., Шишко В. И. 122

ОТРАЖЕНИЕ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ БАЗЕ ДАННЫХ PUBMED

Королёв П. М. 126

ОБРАЗОВАНИЕ: КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ ПО ТРЕБОВАНИЯМ СОВРЕМЕННОСТИ

Кузнецов О. Е. 129

ПОДГОТОВКА И ПЕРЕПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ БЕЛАРУСИ В ПЕРВОЕ ПОСЛЕВОЕННОЕ ПЯТИЛЕТИЕ

[Тищенко Е. М.], Матвейчик Т. В. 133

СИМУЛЯЦИОННОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ – СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБУЧЕНИИ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Милош Т. С. 137

БЕЛОРУССКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ: ПОДВОДИМ ИТОГИ, РАЗМЫШЛЯЕМ О БУДУЩЕМ

Петрище Т. Л., Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. 142

Репозиторий ГрГМУ

ЭМПАТИЯ У СТУДЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М. **147**

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Солонец Г. В., Хрущева Л. В. **151**

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Сушко А. А., Могилевец Э. В., Кропа Ю. С. **154**

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Томчик Н. В., Ляликов С. А., Онегин Е. Е. **158**

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Тюхлова И. Н. **163**

ОБУЧЕНИЕ ЧЕРЕЗ ОБСЛУЖИВАНИЕ: ВОЛОНТЕРСКАЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Хрущева Л. В., Куликова М. Ю. **165**

О СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ КАФЕДРЫ ФАРМАКОЛОГИИ БЕЛОРУССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД (1922-1940 ГГ.)

Шелухина А. В., Бизунок Н. А. **170**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ

Барцевич И. Г., Конкин Д. Е. **175**

Репозиторий ГрГМУ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА 2013-2018 ГОДЫ

Белоусова С. Е., Пивоварова Г. М., Коломенская Т. В. 179

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТА ОЗОНА В УСЛОВИЯХ ДЕЗОКСИГЕНАЦИИ

Билецкая Е. С., Зинчук В. В., Рыбаков Р. В., Трусова И. С., Богданович Е. Р. 184

МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО ОТВЕТСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ

Бойко С. Л., Сурмач М. Ю. 187

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бортник М. А., Сенчук А. А., Хильмончик Н. Е. 191

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 ГОДУ

Валько Н. А., Хильмончик Н. Е., Конкин Д. Е. 194

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАК ПРИЧИНА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА. ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Волынец М. Ю. 197

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕЛИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гарелик Т. М., Наумов И. А. 201

ПРОБЛЕМА АЛЛОСТАЗА И СТРЕССА

Глуткин С. В., Зинчук В. В., Гуляй И. Э., Игнатович А. А., Машкова А. Е 204

L-АРГИНИН-NO СИСТЕМА И САРКОИДОЗ

Глуткина Н. В., Велисейчик А. А., Зинчук Вл. В. 208

ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гутько А. Г., Некрашевич А. И. 211

Репозиторий ГрГМУ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Епифанова А. К. 214

РОЛЬ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА В СНИЖЕНИИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Заборовский И. Г. 218

МОНИТОРИНГ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО УХОДУ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ГРОДНЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Зверко В. Л., Пальцева А. И., Синица Л. Н., Пономаренко С. М., Кравцевич-Мякишева О. Г. 222

ЛЕВОФЛОКСАЦИН В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА

Ильина С. Н., Кринец Ж. М.,Солодовникова Н. Г., Карпович Н. В..... 227

МИНЕРАЛЬНО-КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Карпович Ю. И., Пырочкин В. М., Карпович Ю. Л., Богданови В Ч.. 231

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Климович И. И., Разводовский Ю. Е. Бельская Л. И. 234

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Козявина К. Ю., Пивоварова Г. М. 238

ДИАГНОСТИКА ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Косцова Л. В. 242

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж. М., Ильина С. Н., Солодовникова Н. Г., Ромашко А. А..... 245

ВЛИЯНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В., Павловская М. А., Кузьмич И. И. ... 249

Репозиторий ГрГМУ

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Малкин М. Г., Сурмач Е. М., Хихол В. А., Якуть А. В. 252

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Мисюк Л. Ф., Якубова Л. В. 254

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В БЕЛАРУСИ

Мокров Ю. В., Короткевич Т. В., Разводовский Ю. Е. 259

АНАЛИЗ ИНДИКАТОРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Мокров Ю. В., Разводовская О. А., Климович И. И., Разводовский Ю. Е. 262

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕКОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мороз И. Н., Можейко В. Ч. 266

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Мороз И. Н., Сикорский А. В., Павлович Т. П., Сушинский В. Э., Мороз-Водолажская Н. Н., Можейко В. Ч., Петретто Д. Р., Боровая Е. В. 270

ХАРАКТЕРИСТИКА АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ногтева А. В. 274

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Орехов С. Д., Зинчук В. В., Лепеев В. О., Борисова В. Ю. 277

ИЗМЕРЕНИЕ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Панасюк О. В., Могилевец Э. В., Горячев П. А., Будревич О. В. 281

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Петельский Ю. В. 284

Репозиторий ГрГМУ

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОБЪЕКТ КОНТРОЛЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМНЫХ КОМИССИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф. 287

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Приходько А. С., Трусь Е. И., Приходько В. С., Аникин А. И. 293

ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ..... 295

Русин И. В., Шило Р. С., Карпович В. Е., Русина А. В..... 295

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА

Салко О. Б., Щавелева М. В 299

ПРОБЛЕМА БРОНХОЛЕГОЧЕНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Синица Л. Н., Пальцева А. И., Новосад Е. А., Пархоменко А. В..... 303

ЭМПАТИЯ И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М. 307

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С АКТИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Солодовникова Н. Г., Полякова Г. Ф., Ильина С. Н., Кринец Ж. М., Данькина Ю. З. 312

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Сорокопыт З. В., Урбанович А. П., Сорокопыт Е. М. 316

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Сурмач Е. М., Малкин М. Г., Якуть А. В., Хихол В. А. 321

ТРЕБОВАНИЯ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Сурмач М. Ю., Бойко С. Л. 323

Репозиторий ГрГМУ

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Трусь Е. И., Приходько В. С., Аникин А. И. 328

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ РАЗМЕРОВ ТАЗА МАТЕРИ

Цеслюкевич Ю. Ю., Заборовский Г. И. 333

Репозиторий ГрГМУ

Научное издание

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
ЕВГЕНИЯ МИХАЙЛОВИЧА ТИЩЕНКО**

(к 60-летию со дня рождения)

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф
Компьютерная верстка Е. П. Курстак, А. А. Хартанович

Подписано в печать 21.07.2020.
Тираж **40**. Заказ **87.**

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

ЛП №02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

Репозиторий ГрГМУ