

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Основные проблемы в современной медицине

Выпуск VI

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 октября 2019 г.)**

г. Волгоград

2019 г.

**Издатель Инновационный центр развития образования и науки
(ИЦРОН), г. Нижний Новгород**

Основные проблемы в современной медицине./ Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 6. г. Волгоград. – НН: ИЦРОН, 2019. 61 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., проф. Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., проф. Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н. Бойкова Е.И. (г. Смоленск), д.м.н., проф. Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гайнуллина Ю.И. (г. Владивосток), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., проф. Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н., проф., акад. РАЕН, акад. МАНЭБ Долгинцев В.И. (г. Тюмень), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., проф. Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доц. Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доц. Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., доц. Карасаева Л.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., проф. Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., чл.-кор. РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), к.ф.-м.н. Лапушкин Г.И. (г. Москва), д.м.н., доц. Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), к.м.н., доц. Марченко Д.В. (г. Иркутск), д.м.н., проф. Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н. Полякова А.Г. (г. Нижний Новгород), д.м.н., проф. Расулов М.М. (г. Москва), д.м.н., проф. Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., проф. Стебунов С.С. (г. Минск), д.м.н., проф. Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), к.м.н., доц. Турдыева Ш. Т. (г. Ташкент), д.м.н. профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д-р биол. наук, проф. Фалалеев А.Г. (г. Минск), к.м.н., доцент Федотова Е.В. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Халматова Б.Т. (г. Ташкент), к.м.н., доц. Хидирова Л.Д. (г. Новосибирск), к.м.н., проф. Чвякин В.А. (г. Москва), д.м.н., проф. Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., проф. Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам VI Международной научно-практической конференции **«Основные проблемы в современной медицине»**, г. Волгоград представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

Статьи, принятые к публикации, размещаются в полнотекстовом формате на сайте eLIBRARY.RU.

Оглавление

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	7
СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	7
СЕКЦИЯ №3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	7
СЕКЦИЯ №4. БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	7
СЕКЦИЯ №5. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)	7
СЕКЦИЯ №6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)	7
СЕКЦИЯ №7. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	7
СЕКЦИЯ №8. ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	7
СЕКЦИЯ №9. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	7
СЕКЦИЯ №10. ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	7
СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	7
РОЛЬ СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРВИЧНОГО КЕРАТОКОНУСА Тарасов А.В.	7
СЕКЦИЯ №12. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)	10
СЕКЦИЯ №13. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)	10
СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)	11
СЕКЦИЯ №15. КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)	11
СЕКЦИЯ №16. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)	11
СЕКЦИЯ №17. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)	11
СЕКЦИЯ №18. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)	11
СЕКЦИЯ №19. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	11

СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)	11
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)	11
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	11
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)	11
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)	11
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)	11
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	11
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗРАБОТКИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10	
Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю., Черкасов С.Н.	12
КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОРПОРАТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
Палевская С.А. ¹ , Боброва М.В. ²	14
CORPORATE CULTURE AS A FACTOR INFLUENCING ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND CORPORATE DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATION	
Palevskaya S.A. ¹ , Bobrova M.V. ²	14
НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА, РЕГУЛИРУЮЩАЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	
Палевская С.А., Горячкина С.Ю. ¹	18
NORMATIVE-LEGAL BASE, REGULATING A HEALTHY LIFESTYLE	
Palevskaya S., Goryachkina S. ¹	18
УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЛИ УРОВЕНЬ ОЖИРЕНИЯ В СТРАНАХ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ? (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО БЛИЖНЕМУ ВОСТОКУ)	
Палевская С.А. ¹ , Касымжанова А.Т. ¹	26
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	
Харисов А.М. ¹ , Березников А.В. ² , Берсенева Е.А. ³ , Скиба Я.Б. ⁴ , Шкитин С.О. ² , Ефимов М.Д. ²	29
УПРАВЛЕНИЕ ОЧЕРЕДЬЮ ЗАДАЧ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	
Харисов А.М. ¹ , Шкитин С.О. ² , Березников А.В. ² , Берсенева Е.А. ³ , Скиба Я.Б. ⁴ , Лебедева А.М. ²	32
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)	34
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)	34
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	34
СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)	34

СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)	34
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)	34
РОЛЬ НОСИТЕЛЬСТВА АРОЕ 4(+) ГЕНОТИПА В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ I СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Селезнева Н.Д.	35
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)	40
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)	40
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)	40
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)	40
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)	40
АНАЛИЗ ВЕДУЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Бражникова А.Н., Мхитарян А.К.	40
АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. СТАВРОПОЛЯ Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.	42
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. СТАВРОПОЛЕ Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.	43
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА Соловьева О.А., Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.	44
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПЕЧЕНИ Спиридонова О.И., Карпунина А.В., Малов И.В., Куприянова Л.Ю., Миллер Ю.В. /Spiridonova O.I., Karpunina A.V., Malov I.V., Kupriyanova L.YU., Miller YU.V/	46
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)	51
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)	51
СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)	51
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	51
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)	51
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)	51
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)	51

СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)	51
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	51
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)	51
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)	51
СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)	51
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)	51
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	52
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)	52
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА СБОРОВ Бритвина П.В., Кондратьева Г.К., Кондратьев К.В.	52
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРИЗНАКОВ ВХОДЯЩИХ ИНГРЕДИЕНТОВ ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ СБОРОВ Тарасова О.Е., Кондратьева Г.К., Кичу П.Ф.	54
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)	58
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД	59

**СЕКЦИЯ №1.
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)**

**СЕКЦИЯ №2.
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)**

**СЕКЦИЯ №3.
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)**

**СЕКЦИЯ №4.
БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)**

**СЕКЦИЯ №5.
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.11)**

**СЕКЦИЯ №6.
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04)**

**СЕКЦИЯ №7.
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)**

**СЕКЦИЯ №8.
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)**

**СЕКЦИЯ №9.
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)**

**СЕКЦИЯ №10.
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)**

**СЕКЦИЯ №11.
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)**

РОЛЬ СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРВИЧНОГО КЕРАТОКОНУСА

Тарасов А.В.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева. Медицинский институт, г. Орел

АННОТАЦИЯ. Цель работы – на основании результатов опроса молодых людей с диагностированным кератоконусом подтвердить мнение о том, что стресс запускает механизм возникновения кератоконуса у пациентов с признаками недифференцированной дисплазии соединительной

ткани. В результате выяснено, что более 30% опрошенных уверены, что на резкое ухудшение зрения вследствие кератоконуса повлиял сильный стресс. Стресс вызвал мутации генов эпителиальных клетках.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ), анкетирование, стресс, кератоконус.

Введение. Наблюдающиеся тенденции к росту заболеваемости кератоконусом заставляет офтальмологов, терапевтов, да и самих пациентов, анализировать возможные причины резкого ухудшения зрения в определенные моменты жизненных ситуаций.

Заболевание сопровождается истончением роговицы, растяжением и конусовидным ее выпячиванием. В подавляющем большинстве случаев кератоконус приводит к значительному снижению остроты зрения, нередко – к инвалидизации по зрению в молодом и работоспособном возрасте [4]. Это обстоятельство делает актуальными исследования о причинах, которые «запускают» механизм образования кератоконуса. Анализ распространенности кератоконуса в мире показал, что частота встречаемости по разным источникам колеблется от 0,004‰ (1:250000) до 4‰ (1:250) [4].

Теорий возникновения кератоконуса несколько. Тем не менее, можно выделить основные: генетическую, нейро-гуморальную, иммунно-аллергическую, экологическую [3]. Следует отметить, что сегодня преобладает мнение о генетической обусловленности заболевания. Однако если генетическая предрасположенность является главной причиной возникновения заболевания, то возникает вопрос, что же «запускает механизм» патологического процесса.

По мнению Лебедь Л.В. [4], одним из механизмов запуска процесса является отрицательный эмоциональный стресс. Более пятидесяти лет тому назад о стрессе как о запуском механизме кератоконуса говорил доктор Джен Рейнолдс, который основывался на наблюдениях периода второй мировой войны. Доктор отметил, что во время второй мировой войны у некоторых солдат (у которых до участия в военных действиях острота зрения составляла 1,0) после окопной жизни под свистом бомб диагностировался кератоконус, что автор объяснял сильным стрессом [3].

Результаты и их обсуждение. Автор настоящей статьи проанализировал результаты опроса молодых людей с кератоконусом о том, что, их мнению, «запустило» заболевание. Автор статьи считает, что только мнение самих пациентов, отметивших в определенный период жизни резкое ухудшение зрения, и сделавших вывод о причине «запуска» процесса резких дистрофических изменений в роговице, позволяет наиболее точно установить время запуска процесса и выявить причину начала процесса. Практически ни один врач не сможет это сделать, так как обращение в клинику пациентов с кератоконусом происходит много позже, так как молодые люди обращают внимание на кератоконус, как правило, уже в запущенной стадии заболевания.

Опрос проводился среди членов закрытой интернет-группы людей с кератоконусом (руководители группы Александр Попов и Ольга Антонова) [8]. В анкетировании участвовали более 100 пациентов. Из рис. 1 видно, что были представлены примерно одинакового объема возрастные группы: 17-21 год (23%), 22-25 лет (21%), 26-30 лет (26%), больше 30 лет (24%). Более 58% участников отметили, что до постановки диагноза у них не было проблем с глазами (не было глазных неинфекционных болезней) (рис.2).

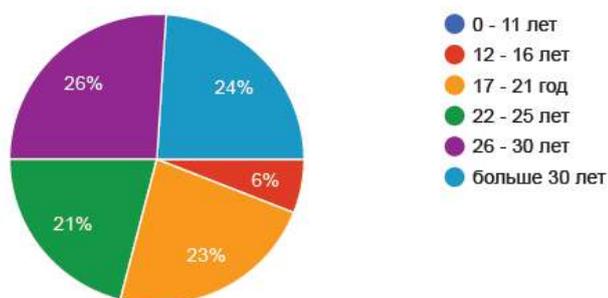


Рис. 1. Возраст участников

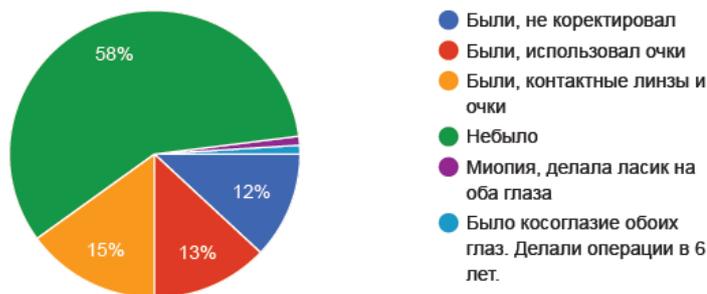


Рис.2. Повторяемость случаев проблем с глазами до постановки диагноза кератоконус

Практически половина опрошенных вела подвижный образ жизни (рис. 3). Таким образом, нельзя утверждать, что заболевание свойственно молодым людям инертным, неактивным. Причем, 36% опрошенных отметили, что время работы за компьютером занимает у них не более 6 часов в день, у 25% - не более 12 часов в день. То есть винить напряжение, вызываемой работой за компьютером, также не приходится. Что же касается влияния чрезмерных физических нагрузок, то на них указали лишь 11% опрошенных. Следовательно, интенсивные физические нагрузки также отнюдь не всегда «запускают» заболевание. Более 30% опрошенных назвали причиной запуска механизма кератоконуса стресс.

Обращает на себя внимание еще одно наблюдение. 7,4% опрошенных отметили у себя признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Хотя, как следует из обзора литературы по дисплазии соединительной ткани и результаты авторских исследований [7, 8], в среднем, более чем у 50% молодых людей (обучающихся в школах, вузах, сузах) наблюдается набор фенотипических признаков, свидетельствующих о наличии у них НДСТ средней степени.

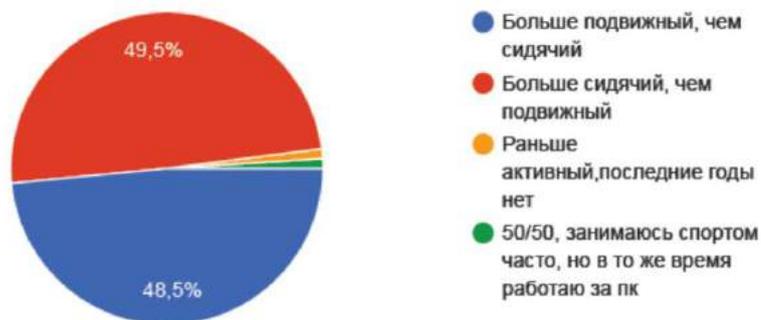


Рис. 3 . Диаграмма образа жизни

Последнее обстоятельство заставляет сделать вывод о том, что ни врачи, ни родители не обращают внимание на фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани у своих детей (да и у себя). Возможно, именно поэтому чрезмерные физические нагрузки (роль которых в возникновении кератоконуса отметили 11% опрошенных) и психоэмоциональные нагрузки (им подвержены практически все подростки) - одна из проблем современных условий адаптации подростков к жизни (с ее ЕГЭ, Проектами, олимпиадами, конкурсами и соревнованиями...). Такое сочетание неблагоприятных факторов, приводящих к стрессу, и сопровождающих сегодня подростков с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани, вероятно, запускает механизм возникновения кератоконуса. Амбиции родителей, заставляющих своих детей стремиться к высоким показателям в учебе и спорте, к поступлению в ВУЗы, в которых студенты испытывают стрессовые состояния из-за перегрузок, - одна из проблем современности. Ранее проведенное исследование среди студентов академии физической культуры и спорта показало [7], что даже среди готовящихся к профессиональному спорту молодых людей встречаемость фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани составляет 52,6% случаев. Эти данные подтверждают исследования М.Л. Гадаевой [1]. По ее данным, 68% пациентов с кератоконусом имеют ту

или иную патологию соединительной ткани. И, что не менее важно, автор отмечает, что кератоконус встречается чаще всего у пациентов с нарушением психики.

По результатам опроса студентов академии физической культуры и спорта выяснилось, что уровень личностной тревожности (по Спилбергу) даже у этой группы высокий. Спортсмены – люди амбициозные, они «работают на результат». Люди с таким психотипом переживают поражения непросто.

В связи с последним, необходимо вспомнить выводы профессора М.М. Дронова, который, как и другие исследователи, отметил факт начала заболевания кератоконусом после сильного стресса [3]. Горскова, Севостьянов и др., 1998, отмечали «...лицам с кератоконусом присущи черты сенситивного (большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности) и психастенического (нерешительность, тревожная мнительность, легкость возникновения навязчивых страхов, опасений, негативных представлений) типов личности» [2]. Какими процессами в роговице сопровождается стресс у пациентов с НДСТ и предрасположенностью к возникновению кератоконуса. Ряд исследований показали, что «у лиц с генетической предрасположенностью к кератоконусу, с хронической гипоксией в переднем отделе глаза, в определенный момент, после какого-нибудь внутреннего или внешнего воздействия (отрицательный эмоциональный стресс, травмы, вирусы), в роговице наступает состояние оксидативного стресса, вызывающее мутации генов эпителиальных клеток. Нарушается баланс между пролиферацией и апоптозом кератицитов, запускается механизм их гибели» [4]. Генетическую предрасположенность можно оценить уже на этапе анкетирования родителей, по результатам которого можно выявить признаки НДСТ [7, 8]. Если к тому же хотя бы у одного из родителей имеется такой признак как узкая глазная щель [9], можно ожидать патологию роговицы у ребенка. Проблема сегодня заключается в том, как адаптировать подростков к особенностям современной жизни, постоянно сопровождаемой стрессами, какую профессию рекомендовать выбирать молодым людям с выявленными фенотипическими признаками НДСТ.

Вывод, который напрашивается – необходимы серьезные и основательные исследования по заявленной проблеме.

Список литературы

1. Гадаева М.Л. Кератоконус. Режим доступа: https://www.visus-novus.ru/info/for_specialist/keratokonus/. Дата обращения 15.09.2019г.
2. Горскова Е.Н., Севостьянов Е.Н., Батулин Н.А. Результаты психологического тестирования больных кератоконусом. //Вестник Офтальмологии. – 1998. Т. 114. - №6. – С. 44-45.
3. Дронов М.М. Кератоконус: диагностика и лечение. – СПб: Издательство «Медика», 2008. – 120 с.
4. Лебедь Л.В. Фемтосекундная сквозная кератопластика с комбинированным роговичным профилем при кератоконусе. Дисс канд. мед. наук. М. 2013. 132 с.
7. Тарасов А.В. Соединительнотканые нарушения у молодых людей, обучающихся в образовательных учреждениях разной профессиональной направленности. Основные проблемы в современной медицине. /Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. №5. г. Волгоград. – НН: ИЦРОН, 2018. С.11-13.
8. Тарасов А.В., Шевляков А.И. Выявление синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у студентов высших учебных заведений, занимающихся спортом. Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) № 10(55). 2018. С.59-61.
9. Хубиева Д.Х-Д, Чердниченко М.Л., Ягода А.В. , Гладких Н.Н. Способ диагностики дисплазии соединительной ткани. Патент на изобретение. 2009. Режим доступа: <http://www.freepatent.ru/patents/2400137>. Дата обращения 25.09.2019г.
10. <https://vk.com/keratoconus>. Дата обращения 1.06.2019г.

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

**СЕКЦИЯ №14.
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)**

**СЕКЦИЯ №15.
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)**

**СЕКЦИЯ №16.
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)**

**СЕКЦИЯ №17.
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)**

**СЕКЦИЯ №18.
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)**

**СЕКЦИЯ №19.
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)**

**СЕКЦИЯ №20.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)**

**СЕКЦИЯ №21.
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)**

**СЕКЦИЯ №22.
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)**

**СЕКЦИЯ №23.
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)**

**СЕКЦИЯ №24.
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)**

**СЕКЦИЯ №25.
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)**

**СЕКЦИЯ №26.
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗРАБОТКИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10

Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю., Черкасов С.Н.

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко,
Клинический госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», г. Москва

Одной из важных и актуальных проблем российского здравоохранения является низкое качество статистических данных о заболеваемости и смертности, связанное с кодированием по МКБ-10. Следует различать процессы регистрации заболеваемости и смертности, имеющие свои особенности, которые могут влиять на достоверность этих сведений. Регистрация смертности происходит путем заполнения врачом или фельдшером медицинского свидетельства о смерти, которое передаётся родственникам умершего для дальнейшего оформления государственной регистрации смерти в органах ЗАГС, с последующим формированием регистра умерших, в том числе и по причинам смерти [7]. Эти данные являются наиболее надежным маркером состояния здоровья населения, в виду регистрации практически всех случаев смерти и определения её причин и служат информационной платформой при определении целевых показателей по снижению смертности.

Несоблюдение правил использования МКБ-10, приводит, в свою очередь, к искажению статистической информации, на основании которой принимаются ошибочные управленческие решения, что приводит к негативным экономическим и юридическим последствиям для медицинских организаций [5]. В настоящее время, к сожалению, недостаточно методических материалов, посвященных вопросам кодирования, а имеющиеся зачастую не содержат единых детальных рекомендаций и инструкций, что приводит к различному, а нередко и неправильному кодированию одних и тех же диагностических терминов [6].

В отдельных странах координация деятельности в отношении семейства международных классификаций возлагается на Сотрудничающие центры. В РФ Сотрудничающий центр действует на базе ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», который выступает на уровне страны в роли координирующего центра, предоставляет рекомендации и консультации, а также при необходимости обеспечивает поддержку [6].

Единственной возможностью по улучшению ситуации с качеством кодирования по МКБ-10, учитывая положения концепции создания единой государственной информационной системы здравоохранения, является создание и последующее использование автоматизированной системы поддержки кодирования по МКБ-10.

Необходимо отметить, что к настоящему моменту в мире отсутствуют созданные и используемые автоматизированные системы поддержки кодирования по МКБ-10. До недавнего времени считалось, что такая система функционирует в Португалии, однако оказалось, что в ней есть лишь занесение в отдельное поле кода МКБ-10 и подтягивание соответствующей формулировки из справочника. Разумеется, такое решение не может быть названо автоматизированной системой поддержки кодирования.

В настоящее время существует ряд базовых документов, которыми определяется информатизация здравоохранения нашей страны. Автоматизированные системы, способные помочь при кодировании, должны включать в себя системы логического, формального [1], лексического [2] и других видов контроля. Помимо этого, в системе должен применяться международный модуль выбора первоначальной причины смерти, а также необходима реализация механизмов анализа массива данных введенных ранее с применением гибких запросов. Даная автоматизированная система, которая базируется на актуальной версии МКБ, может существенно повышать качество статистических данных и значительно экономить временные ресурсы персонала, который ответственен за кодирование диагностической информации.

Совместно с Минздравом РФ был проведен опрос субъектов РФ – получены ответы из 65 субъектов. Получены следующие результаты: не реализовано автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ X – 51 субъект; установлено программное обеспечение (ПО) автоматизированного кодирования (Вайсман Д.Ш. и соавт.) – 14 субъектов. Из 51 субъекта, в которых не реализовано автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ-10: в 44-х – нет и не запланировано (при наличии Концепции и региональных программ информатизации); в 7-и – запланированы работы.

Следует отметить, что в настоящее время под патронажем сотрудничающего центра ВОЗ по семействам классификаций осуществлен перевод новой версии МКБ-10 – МКБ-10 (версия 2014-2016). Единственное используемое в настоящее время ПО для автоматизированного кодирования не подходит для новой версии. Кроме того, данное ПО технологически устарело и не соответствует современным требованиям, в том числе требованиям приказа Минздравсоцразвития РФ № 364 от 28 апреля 2011 года.

Все вышеизложенное однозначно свидетельствует о крайне необходимости разработки современной в технологическом плане, соответствующей нормативным документам Минздрава РФ, системы автоматического кодирования по МКБ-10, версия 2014-2016. Поэтому на базе сотрудничающего центра ВОЗ в РФ по семейству классификаций было принято решение о проведении работ по созданию такой автоматизированной информационной системы.

Вначале была создана информационная модель системы автоматизированного кодирования по МКБ-10. Также были определены три возможных варианта использования автоматизированной информационной системы поддержки кодирования по МКБ-10: В Медицинской организации; В МИАЦ; В органе управления здравоохранением (ОУЗ) региона. Также был определен перечень функций и проведена функциональная декомпозиция для всех трех вариантов использования системы. После чего были созданы протоколы и алгоритмы сбора и анализа данных и проведена функциональная декомпозиция модулей системы. Учитывая, что автоматизированная система поддержки кодирования по МКБ-10, должна обеспечивать помощь при кодировании, в ней реализованы системы логического, формального [1], лексического [2] и других видов контроля [3,4]. Помимо этого, в системе реализованы возможности применения международного модуля выбора первоначальной причины смерти и механизмы анализа массива данных введенных ранее.

Выводы: Опрос 65 субъектов РФ позволил выявить, что лишь в 14 субъектах установлено программное обеспечение автоматизированного кодирования случаев смерти по МКБ, в 51 субъекте не реализовано автоматизированное кодирование и запланированы работы в 7 субъектах. Таким образом, автоматизированная система, которая базируется на актуальной версии МКБ, может существенно повысить качество статистических данных и значительно экономить временные ресурсы персонала, который ответственен за кодирование диагностической информации. Разработка системного подхода к организации кодирования, анализа и формирования отчетных документов диагностической информации на уровне субъекта РФ предусматривает: создание современного инструмента кодирования (автоматизированные системы); создание WEB платформы для кодирования; территориальные центры поддержки МКБ; создание коммуникационной платформы; создание обучающей среды.

Автоматизированная Система Кодирования МКБ-10 представляет собой облачный WEB сервис для медицинских организаций (МО) по подготовке и передаче обязательной государственной отчетности заполнения статистических форм МКБ заболеваемости и смертности в контролирующие органы. Сервис предназначен для облегчения работы врачей при кодировании заболеваемости и причин смерти по МКБ, обеспечения достоверности статистической информации, а также предоставления равных качественных условий всем регионам РФ для формирования отчетных статистических форм. Обеспечение достоверности медицинской статистической информации достигается за счет того, что результатом работы сервиса является создание единой базы первичных документов, получаемых из медицинских учреждений, по заболеваемости и причинам смертности пациентов. Эта информация является основой для построения онлайн системы мониторинга текущего состояния здоровья населения Российской Федерации.

Список литературы

1. Берсенева Е.А. Организация информационного наполнения медицинской информационной системы. // Здравоохранение. – 2003. - №11. – С. 181-187.
2. Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 2. – С. 49-53.
3. Берсенева Е.А. Методология создания и внедрения комплексных автоматизированных информационных систем в здравоохранении. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 352 с.
4. Берсенева Е.А., Беркович В.Б. Актуальность создания и внедрения медицинских информационных систем. // Здравоохранение. – 2003. - № 3. – С.71-75.
5. Вайсман Д.Ш. Совершенствование системы информационного обеспечения оценки и анализа смертности населения на уровне субъекта Российской Федерации. дисс. докт.мед.наук. 2015.

6. Cherkasov S., Shoshmin A., Vaisman D., Meshkov D., Besstrashnova Y., Berseneva E., Bezmelnitsyna L. Russian WHO-FIC Collaborating Centre Annual report 2015-2016. Annual meeting WHO-FIC Network. - Tokyo. 8-14.10.2016. Poster Booklet. 2016.

7. Улучшение качества оказания медицинской помощи: роль патологоанатомической службы / Н.М. Попова, Н.А. Кирьянов, Е.А. Семеновых [и др.] // Авиценна. – 2017. – № 14. – С. 37-39.

КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОРПОРАТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Палевская С.А.¹, Боброва М.В.²

¹Ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия

²Аспирант 2-го года обучения, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия

CORPORATE CULTURE AS A FACTOR INFLUENCING ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND CORPORATE DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATION

Palevskaya S.A.¹, Bobrova M.V.²

¹Senior researcher National Institute of Public Health N.A. Semashko, Moscow, Russia

²PhD candidate, National Institute of Public Health N.A. Semashko, Moscow, Russia

Резюме: Понятие корпоративной культуры организаций, включая медицинские, все чаще становятся объектом исследователей, организаторов и специалистов в области управления здравоохранения. Корпоративная культура, является ли она предметом изучения или нет, есть в каждой организации. Культура организации рассматривается как мощный стратегический инструмент, позволяющий сформировать коллектив, ориентировать людей на цели и результаты медицинской деятельности, мобилизовать инициативу, мотивировать качество медицинской деятельности

Ключевые слова: корпоративная культура, управление организацией, стратегия развития организации

Resume: The concept of corporate culture of organizations, including medical, are increasingly becoming the object of researchers, organizers and specialists in the field of health management. Corporate culture, whether it is a subject of study or not, is in every organization. The culture of the organization is considered as a powerful strategic tool that allows to form a team, to Orient people to the goals and results of medical activity, to mobilize the initiative, to motivate the quality of medical activity.

Key words: corporate culture, organization management, organization development strategy

Стремительное развитие научно-технического прогресса, неустойчивость экономической, политической, социальной и производственной среды, рост конкуренции, риски, возникающие при оказании медицинской помощи, ставят руководителей медицинских организаций перед необходимостью адаптации к меняющемуся стилю управленческой деятельности (1).

Основой, базисом управления организации, является корпоративная культура. Особенно это касается менеджмента качества, совершенствовать который невозможно в отрыве от развития корпоративной культуры. К. Камерон (2) отмечает в своих работах необходимость изменений корпоративной культуры и ее развитие, отсутствие которых может привести к неэффективности организационных преобразований и сокращение численности персонала (2).

Корпоративная культура необходима для содействия специалистам в выполнении должностных обязанностей, получении удовлетворения от своего труда, признания себя, как высококвалифицированного специалиста. Это очень важно, поскольку экономическая эффективность работы учреждения зависит от степени удовлетворенности сотрудников своей работой.

В литературе такие понятия как «корпоративная культура» и «организационная культура» в основном отождествляются, поскольку для определения понятий используются аспекты философии,

идеологии, ценностей, норм и правил, присущие организации и разделяемые всеми ее членами. Поскольку культура присуща организациям и учреждениям вне зависимости от их размера и масштаба, то возник термин «организационная культура». Понятия организационной или корпоративной культуры не имеют единого определения и толкования. Каждый из авторов и исследователей представляет свое понимание и видение данных понятий.

Одно из наиболее полных определений корпоративной культуры представил В.А. Спивак, представив культуру организации как «совокупность материальных и духовных ценностей, представлений, явлений, распространенных в организации, отражающих ее неповторимость и индивидуальность, проявляющихся во взаимодействии сотрудников, их восприятии себя в компании и окружающей среде» (3). В представленном определении отражены все уровни и проявления культуры организации, в ее материальном и духовном аспекте.

Согласно Герту Хофштеду культура организаций представляет собой коллективный образ мыслей и поведенческих реакций, которые отличают одну организацию от другой (11). Одновременно с этим Говард Шварц и Стенли Дэвис говорят о том, что культура организации представляет собой определенную совокупность «убеждений членов организации, которые формируют нормы, влияющие на индивидуальное и групповое поведение» (12). Данный набор характеристик дает возможность организациям управлять своей эффективностью и меняться под воздействием внешних факторов.

П.Б. Вейл утверждает, что корпоративная культура является уникальной общей психологией организации, это система отношений, действий и артефактов, которая выдерживает испытание временем и формирует у членов данного культурного общества уникальную и общую для них психологию» (4). По мнению Гарета Моргана, корпоративная культура прежде всего – это комплекс определенных правил и норм поведения, символов, ритуалов, традиций и ценностей, принятых в организации, обязательный для её работников, разделяемый и исполняемый ими» (13).

Т.Ю. Базаров представляет позицию, в соответствии с которой организационная культура рассматривается как научное понятие, имеющее свою типологию, а корпоративная культура – как практическое понятие, когда имеется в виду конкретная реальная организация (5). И многие авторы разделяют его представление о том, что культура организации представляет «сложный комплекс предположений, бездоказательно принимаемых всеми членами конкретной организации, и задающий общие рамки поведения» (5).

В российском обществе медицинская культура становится все более изучаемым явлением и интегрируется систему медицинской культуры мира, при этом, сохраняя в себе профессиональные и индивидуальные особенности национальной культуры (6). Сам термин - "медицинская культура" повсеместно используется как в современной науке, так и в повседневной жизни людей. Медицинская культура представляет собой совокупность всех аспектов деятельности человека, которые оказывают влияние на сохранение жизни и здоровья человека.

Профессиональная медицинская культура существует в рамках профессионального медицинского сообщества и объединяющую в себе медицинские знания, теоретические воззрения, медицинские технологии и социальные практики, традиции и специфическую языковую систему. Отличительные особенности современной профессиональной медицинской культуре придает повсеместная компьютеризация рабочих мест и информатизация всех сфер деятельности медицинских работников.

Медицинская культура подразделяется на массовую, обыденную и индивидуальную. Одновременно с этим, корпоративная культура медицинской организации может формироваться как стихийно, так и целенаправленно.

При стихийном формировании корпоративной культуры модели и формы взаимодействия и коммуникации сотрудники выбирают самостоятельно исходя из набора ценностей и убеждений, присущих каждому из них. Такая ситуация возникает при отсутствии опыта, знаний и, зачастую, желания заниматься вопросами формирования внутренней организационной культуры организации со стороны руководящего звена. Стихийную сформированную корпоративную культуру сложно контролировать и, в дальнейшем, сложно исправлять.

Для реализации стратегии организации необходимо целенаправленное формирование сильной корпоративной культуры, которая в свою очередь является эффективным стратегическим инструментом менеджмента и способствует достижению общих целей и задач, стоящих перед организацией. Для целенаправленного формирования корпоративной культуры учреждениям необходимо осуществлять оценку соответствия поставленных целей и задач с существующей системой организационных ценностей.

Корпоративная культура формируется под влиянием внешних факторов и внутренней среды организации, в процессе внутренней адаптации к условиям внешних факторов. Проявлением внешней адаптации становится формирование согласованных и разделяемых представлений о философии и миссии организации, стратегических целях и способах их достижения, принципах и подходах к оказанию медицинской помощи населению, взаимодействию с другими организациями (8,9). Проявлением внутренней интеграции становится формирование коллектива, внутренней идеологии, принятых моделей поведения, подходов к взаимодействию с сотрудниками при осуществлении ими трудовой деятельности (7, 8, 9).

Корпоративная культура организации должна соответствовать внешней обстановке и стратегии медицинской организации. При наличии данного соответствия возникают такие условия, при которых сотрудники компании работают с максимальной самоотдачей и высокой производительностью, что способствует достойной конкурентоспособности.

Основными элементами корпоративной культуры являются:

- Стратегические цели организации
- Ценности
- Традиции (история)
- Нормы поведения
- Корпоративный стиль
- Взаимоотношения
- Единство коллектива в достижении определенных целей
- Политика взаимодействия с внешними организациями, партнерами, клиентами
- Люди – сотрудники, разделяющие корпоративные ценности организации.

Корпоративная культура объединяет сотрудников организации, заставляет их придерживаться определенных правил в работе, следовать миссии организации.

Соответственно, элементы корпоративной культуры являются общими для всех медицинских организаций и их сотрудников – это ценности, нормы и убеждения, однако, какие из элементов будут олицетворять и формировать культуру организации зависит от управляющего менеджмента.

Медицинские организации, как и все остальные, создают собственные традиции и ритуалы, которые делают ее корпоративную культуру особенной. К примеру, практика проведения ежегодных церемоний награждения лучших сотрудников в разных категориях позволяет укрепить мотивацию и повысить лояльность коллектива.

Культура организации, которая определяет взаимоотношения между сотрудниками, позволяет эффективно управлять персоналом с учетом сформированной системы мотивации: ориентация на цели и результаты, развитие инициативы, повышение качества оказания медицинской помощи и, таким образом корпоративная культура влияет на эффективность организации. (7, 10, 14).

Внешние условия диктуют необходимость соответствия между культурой организации, ее стратегией, окружением (внешняя среда) и технологиями (внутренняя среда). Стратегия организации, опирающаяся на существующие условия рыночной экономики, необходимости перехода медицинских учреждений на самоокупаемость или частичное финансирование предполагает развитие сильной внутренней культуры, основанной на осознанной деятельности, индивидуальной инициативе, риске, высокой интеграции, адекватном восприятии и разрешении сложных ситуаций, и общении. Для медицинского учреждения характерна стратегия развития, предусматривающая многоуровневый контроль, минимизацию рисков и возникновения конфликтов.

Именно сильная внутренняя культура медицинской организации регламентирует порядок поведения своих сотрудников. Характерными чертами культуры медицинской организации являются предсказуемость, упорядоченность, последовательность и формализация процессов и действий. Внутренняя организационная культура достигает тех же результатов без ведения какой-либо отчетности и формализации, сильная культура может являться более эффективным инструментом управления, нежели формализованный контроль. Сформированная и внедренная культура организации позволяет руководителям меньше внимания уделять управлению поведением сотрудников, и больше внимания сосредоточить на профессиональных задачах организации.

С целью развития корпоративной культуры учреждения, которая бы поддержала стратегию организационного развития, руководству необходимо пройти несколько этапов:

- 1) проработка миссии учреждения, установления стратегии, основных целей и ценностей;

2) исследование имеющейся корпоративной культуры. Установление уровня соотношения имеющейся корпоративной культуры и стратегии формирования учреждения, выработанной руководством. Выявление сильных и слабых сторон;

3) создание координационных мероприятий, обращенных на развитие, формирование и утверждение необходимых ценностей и стандартов;

4) целенаправленное воздействие на корпоративную культуру с целью справиться с отрицательными ценностями и сформировать установки, которые содействуют осуществлению разработанной стратегии;

5) расценивание успешности воздействий на корпоративную культуру и введение требуемых изменений.

Развитие корпоративной культуры медицинской организации должно осуществляться целенаправленно и быть гибкой к внешним и внутренним изменениям. Легче всего начинать построение с новыми сотрудниками учреждения. В случае, если прежние сотрудники учреждения помнят период, когда ценностью сотрудников была бездеятельность, их трудно в один период сделать инициативными людьми, тем не менее, новые сотрудники принимают новые ценности как необходимый элемент высококлассной субкультуры.

Корпоративная культура, одновременно со средством управления персонала, может являться эффективным маркетинговым инструментом. Развитая культура играет значимую роль в построении бренда и формировании имиджа организации. В условиях рыночной экономики экономическая эффективность медицинской организации может достигаться за счет клиентоориентированности, узнаваемости и открытости для пациента, как для конечного потребителя.

Пациент становится сегодня субъектом управления оказания медицинских услуг, поскольку именно состав пациентов и динамика состояния их социального здоровья, в конечном счете, определяет порядок финансирования и обеспечения ресурсами медицинской организации. Пациент оставляет за собой окончательное решение при выборе организации и программы оказания ему медицинских услуг, на привлечение и удовлетворение потребностей пациента направлена деятельность медицинской организации.

Таким, образом, высокая эффективность медицинской организации зависит от слаженной профессиональной работы всего персонала.

Неотъемлемыми компонентами развития положительной корпоративной культуры являются:

1. Усовершенствование стиля управления:

- поручение сотрудникам значимых полномочий и ответственности;
- вовлечение сотрудников к принятию административных решений;
- точный контроль относительно окончательных итогов деятельности.

2. Внедрение элементов поощрения:

- поощрение, основанное на индивидуальных достижениях и итогах деятельности;
- переход от фиксированных окладов к премиальной системе.

3. Оптимизация обучения:

- осуществление тренингов, семинаров, наставничество;

4. Введение прогрессивной профессиональной политики:

- отбор в медицинскую организацию сотрудников, которые разделяют коллективные основы и ценности, или которые готовы их разделить и принять;

- назначения на руководящие позиции людей, которые являются носителями ценностей, необходимых организации;

5. Оказание внимания рабочему окружению:

- переоборудование рабочих и общественных мест: ремонт бытовых помещений, столовой, создание комфортных условий для эффективной работы;

- разработка униформы с корпоративной символикой.

6. Создание внутренней PR-службы:

- формирование системы информирования сотрудников на абсолютно всех уровнях: единые собрания, информативные стенды, компьютерные рассылки, корпоративная газета.

Список литературы

1. Мчелидзе Т Ш, 1997, Малахова Н Г, 1998, Каплан М З, 1999, Бутова В Г и соавт, 2000.

2. Камерон К., Куинн Р. Диагностика и изменение организационной культуры. Пер. с англ. под ред. И.В. Андреевой. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
3. Спивак В.А. Корпоративная культура. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2004. – С. 26.
4. Шинкаренко О.Н. Корпоративная культура: мифы и реальность // Кадры предприятия. – 2011. – №9. – С. 34-35.
5. Управление персоналом: учебник / под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Ерёмкина. М.: ЮНИТИ, 2006. 421 с.
6. Жаворонков Е.П., Ким Ю.О., Куликова Н.В., Николаева Т.Г. Влияние деловой этики менеджмента на развитие организационной культуры медицинской организации // Медицина и образование в Сибири. 2013. №3. С. 17-21.
7. Волкогонова О.Д., Зуб А.Т. Управленческая психология. М.: ФОРУМ-ИНФРА-М, 2014. С.352;
8. Сафина Д.М. Влияние лидера на формирование организационной культуры // Актуальные проблемы экономики и права. 2011. № 4 (20). С. 208-212;
9. Слинкова О.К., Грудистова Е.Г. Управление организационной культурой // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2009. № 21 (154). С. 64-74.
10. Жаворонков Е.П., Ким Ю.О., Куликова Н.В., Николаева Т.Г. Влияние деловой этики менеджмента на развитие организационной культуры медицинской организации // Медицина и образование в Сибири. 2013. № 3. С. 17–211.
11. Hofstede, G. Cultures and Organizations: Software of the Mind, Third Edition / Geert Hofstede, Gert Jan Hofstede, Michael Minkov. – McGraw-Hill, 2010. – 576 p.
12. Howard Schwartz, Stanley Davis. Matching Corporate Culture and Business Strategy. – М.: AMACOM, a division of American Management Associations, 1981.
13. Кириллова Е.Н. КОРПОРАЦИИ РАННЕГО НОВОГО ВРЕМЕНИ: ремесленники и торговцы Реймса в XVI-XVIII веках, М.: "Наука", 2007. - 341 с.
14. Павлова А.П. Организационная культура и лидерство // Вестник Астраханского государственного университета. 2008. № 4. С. 101-106;

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА, РЕГУЛИРУЮЩАЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Палевская С.А., Горячкина С.Ю.¹

(Палевская С.А. - в.н.с., д.м.н., Горячкина С.Ю. – аспирант 2-го года обучения)

¹ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

NORMATIVE-LEGAL BASE, REGULATING A HEALTHY LIFESTYLE

Palevskaya S., Goryachkina S.¹

(Palevskaya S. - MD, PhD, MBA, Senior researcher, Goryachkina S. – PhD candidate, 2nd year of study)

¹National research Institute of public health named N.A. Semashko

Резюме. Рассматривая здоровье человека как многокомпонентную модель, нельзя не остановиться на его определении, данном Всемирной организацией здравоохранения: «здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1]. В основе данного определения лежит категория состояния здоровья, которое оценивается по нескольким уровням: физическому, психическому, социальному, личностному. Тематика здоровья и активного образа жизни становится особенно актуальной ввиду того, что далеко не все наши сограждане могут сегодня похвастаться хорошим здоровьем – по данным опросов, им недовольны 40 % россиян. Более трети (36 %) опрошенных вынуждены были в течение года пропускать работу в связи с болезнью и плохим самочувствием, причем почти половина из них (48 %) болели более 2 недель [2,4]. Являясь важнейшей жизненной ценностью, здоровый образ жизни становится сегодня для многих предметом ежедневной заботы и внимания. За своим здоровьем стараются следить большинство россиян (57 %). Чаще всего это

выражается в своевременном обращении за медицинской помощью в случае плохого самочувствия (43 %) и отказе от вредных привычек (40 %). Многие стремятся полноценно отдыхать (29 %), регулярно проходить диспансеризацию (22 %), правильно питаться (21 %). Состояние своего здоровья с занятиями физкультурой и спортом связывают 20 % россиян [3]. В связи с этим для формирования здорового образа жизни, в процесс должны быть вовлечены различные структуры, что и отражает сложившиеся в РФ подходы к нормативно-правовому регулированию здорового образа жизни.

В статье анализируются ключевые региональные НПА (Свердловская область) по вопросам формирования здорового образа жизни

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, нормативно-правовое регулирование

Summary. Considering human health as a multicomponent model, it is impossible not to dwell on its definition given by the world health organization: "health is a state of complete physical, spiritual and social well-being, and not only the absence of diseases and physical defects" [1]. This definition is based on the category of health status, which is evaluated on several levels: physical, mental, social, personal. The topic of health and active lifestyle is becoming especially relevant due to the fact that not all of our fellow citizens can boast of good health today – according to surveys, 40% of Russians are dissatisfied with them. More than a third (36 %) of respondents had to miss work during the year due to illness and poor health, and almost half of them (48 %) were ill for more than 2 weeks [2,4]. Being the most important life value, a healthy lifestyle becomes today for many the subject of daily care and attention. The majority of Russians (57%) try to monitor their health. Most often, this is expressed in timely access to medical care in case of poor health (43 %) and abandonment of bad habits (40%). Many seek to fully relax (29 %), regularly undergo medical examination (22%), eat right (21%). 20% of Russians associate their state of health with physical education and sports [3]. In this regard, for the formation of a healthy lifestyle, various structures should be involved in the process, which reflects the existing approaches to the regulatory and legal regulation of a healthy lifestyle in the Russian Federation.

The article analyzes the regional NPA (Sverdlovsk region) on the formation of a healthy lifestyle.

Keywords: health, healthy lifestyle, legal regulation

Имеющийся мировой опыт свидетельствует, что причиннообразующие факторы состояния здоровья не ограничиваются высоким уровнем социально-экономического развития или величиной доходов. Корреляционная зависимость здесь далеко неоднозначна: во внимание необходимо принимать действие множества других системообразующих факторов, классифицированных экспертами ВОЗ. Разработками этих экспертов установлено, что менее всего здоровье человека и общества зависит от состояния медицины: оно примерно на 50% определяется образом жизни, на 20% – качеством окружающей среды, на 20% – наследственностью и только на 10% – собственно здравоохранением.

Говоря об образе жизни, имеется в виду комплексный характер этого понятия, не ограниченного такими его характеристиками, как особенности питания, двигательная активность, наличие вредных привычек и др. Категория «образ жизни» намного сложнее, охватывает социально-экономические, социально-психологические и санитарно-культурно просветительные характеристики, выходящие за пределы чисто материального потребления, характеризующегося более узким понятием «уровень жизни» (5).

В Свердловской области 80,6% населения подвержено риску негативного воздействия санитарно-гигиенических факторов и 30,2% - социально-экономических.

С 90-х годов XX века демографическая ситуация в Свердловской области, как и в целом по Российской Федерации, характеризуется естественной убылью населения, которая только за 2008 год составила порядка 10 тыс. человек. К основным причинам смертности населения относится смертность от хронических неинфекционных заболеваний, а также травм и несчастных случаев. Суммарный вклад этих заболеваний в общую смертность составляет 91%.

Общие тенденции динамики смертности населения страны во многом определяет «сверхсмертность» людей трудоспособного возраста (более 30% умерших), среди которых около 80% составляют мужчины. Уровень мужской смертности в 3,5 раза выше уровня женской и в 2-4 раза выше, чем в развитых странах. Смертность мужчин в трудоспособном возрасте, по заключению Европейского бюро ВОЗ, в основном связана с рискованными формами поведения. В области ежегодно регистрируются 36 тыс. случаев смерти от болезней системы кровообращения, почти половина из них от цереброваскулярных болезней и артериальной гипертонии.

Осложнения артериальной гипертонии, такие, как инсульт и инфаркт миокарда, становятся причиной инвалидности населения (44,4 процента среди причин инвалидности). По данным мониторинга

артериальной гипертонии, проводимого в Российской Федерации, включая Свердловскую область, индивидуальными факторами риска являются низкая физическая активность - в 64% случаев, курение - в 48% случаев у мужчин, ожирение - в 35% случаев у женщин и 20% у мужчин, повышенный уровень холестерина в крови - в 11% случаев, употребление алкоголя в 7% случаев у мужчин и 2% у женщин.

Среди многочисленных факторов риска развития болезней системы кровообращения неустранимыми являются лишь 4 (пол, возраст, наследственность, этническая принадлежность). Остальные (курение, злоупотребление алкоголем, избыточный вес, повышенное артериальное давление и т.д.) в той или иной степени поддаются управлению. При снижении влияния только трех из них (гипертонии, алкоголя, курения) можно сохранить 46% всех потерянных лет здоровой жизни. В 2008 году зарегистрировано 360,2 тысяч случаев травм у взрослых (в 2007 году - 365,8 тысяч) и 74,8 случаев травм у детей (в 2007 году - 77,8). Около 64% всех травм - бытовые.

Наиболее многочисленную группу риска по травматизму составляют мужчины в трудоспособном возрасте. Детский травматизм занимает первое место среди причин повышенной смертности детей и подростков. Социальными проблемами являются высокая распространенность хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании среди подростков.

Впервые диагноз хронического алкоголизма в Свердловской области установлен у 18,2 из 100 тыс. подростков в 2008 году (49,5 на 100 тыс. в 2007 году). Высоки показатели гибели населения от «неестественных» причин, таких, как отравления в быту, самоубийства, убийства, транспортные несчастные случаи. Большой вклад вносят хронические неинфекционные заболевания и травматизм в общую заболеваемость и смертность, в т.ч. у лиц трудоспособного возраста. К настоящему времени доказано, что снижение уровня управляемых факторов риска ведет к значительному уменьшению частоты новых случаев неинфекционных заболеваний и количества смертей от них в популяции.

Для профилактики неинфекционных заболеваний наибольший интерес представляют управляемые факторы риска, связанные с образом жизни: низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела, курение, злоупотребление алкоголем, неумение справляться со стрессами. Вклад этих факторов в общую смертность населения страны колеблется от 9 до 35%.

По оценке ВОЗ смертность от неинфекционных заболеваний вызывает и может продолжать вызывать существенные экономические потери.

Важно разделять факторы, находящиеся в компетенции здравоохранения (развитие системы здравоохранения, качество и доступность медицинской помощи, раннее выявление заболеваний, вторичная и третичная профилактика, участие в первичной профилактике заболеваний), и факторы, выходящие за рамки компетенции здравоохранения. Использование только медицинских способов влияния на уровень смертности и сохранение здоровья населения малоэффективно. Подобный путь приводит к умеренному снижению уровня смертности и к значительному увеличению расходов на здравоохранение. Наибольшее влияние на показатели смертности от управляемых причин можно добиться при применении мер первичной профилактики, изменении образа жизни.

Это потребует значительных межведомственных усилий.

Концепция формирования здорового образа жизни у населения Свердловской области на период до 2020 года (далее - Концепция) разработана с целью сохранения и укрепления здоровья населения Свердловской области посредством влияния на управляемые факторы риска (7).

В документе дается ряд ключевых понятий, таких как «здоровый образ жизни», «здоровье», «качество жизни», «стратегия профилактики заболеваний» и др.

Например, здоровый образ жизни определен «как категория общего понятия «образ жизни», включающей в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни».

Здоровье определено как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способности к воспроизводству, а не только отсутствие болезней и физических нарушений».

Реализация Концепции рассчитана на период с 2009 до 2020 года.

В качестве причин разработки документа, названы:

- недостаточность взаимодействия и координации деятельности министерств и ведомств по направлению профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни
- ориентация здравоохранения на лечебную составляющую

- низкий уровень мотивации медицинского персонала в оказании профилактических услуг
- недостаточность здоровьесберегающего направления в образовательном процессе
- недостаток социальной рекламы по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний при значительном объеме медиаинформации о рискованных формах поведения
- отсутствие эффективных научно-обоснованных учебных программ по здоровому образу жизни для практического использования
- недостаток информационных и методических материалов профилактической направленности.

Целью Концепции являются сохранение и укрепление здоровья населения Свердловской области путем профилактики заболеваний и создания системы формирования здорового образа жизни.

Реализация мероприятий Концепции на период до 2020 года планировалась в три этапа.

На первом этапе (2009-2012 годы) было проведено формирование соответствующей организационной и правовой базы, отработка предполагаемых мер Концепции. Планировалась разработка ведомственных планов мероприятий по реализации Концепции.

Так, Правительством Свердловской области 14 октября 2009 г. N 1196-ПП было принято Постановление «Об утверждении комплексного плана мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2009 - 2012 годы» (10); Министерством здравоохранения Свердловской области были приняты приказы: приказ от 3 августа 2009 г. N 745-п «О создании на территории Свердловской области центров здоровья по формированию здорового образа жизни» (9); приказ от 13 августа 2009 г. N 775-п «О закреплении зон ответственности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни на территории Свердловской области» (11);

С 2009 года в Свердловской области было открыто и активно работают 19 центров здоровья для взрослых и 6 центров здоровья для детей.

По данным центра здоровья (на базе Свердловского областного центра профилактики) в 2018 году в центр здоровья в центры здоровья обращались в основном женщины среднего возраста которых составляет 47 лет (более 70% обратившихся), при том, что средний возраст обратившихся мужчин составляет 44 года. У более, чем 50% обратившихся выявлена избыточная масса тела, треть пациентов ведут низкую физическую активность и выявлены нарушения в питании. Гиперхолестеринемия выявлена в 15% обращений среди женщин и 8% обращений среди мужчин. 20% обратившихся отправлено на дообследование в связи с повышенным уровнем глюкозы в крови, риск развития сердечно – сосудистых заболеваний выявлен более, чем у 50%, 10 % обратившихся потребовалась профессиональная гигиена полости рта.

Для сравнения - в центре здоровья г. Полевской Свердловской области в 2018 году средний возраст обратившихся составляет 50 лет, преимущественно женщины. Дообследование потребовалось 15% обратившихся.

Были реализованы меры, направленные на преодоление сложившихся негативных тенденций демографического развития, в том числе осуществлена часть мероприятий по снижению распространенности поведенческих факторов риска и, как следствие, снижение уровней заболеваемости и смертности населения (Рисунок 1, 2).

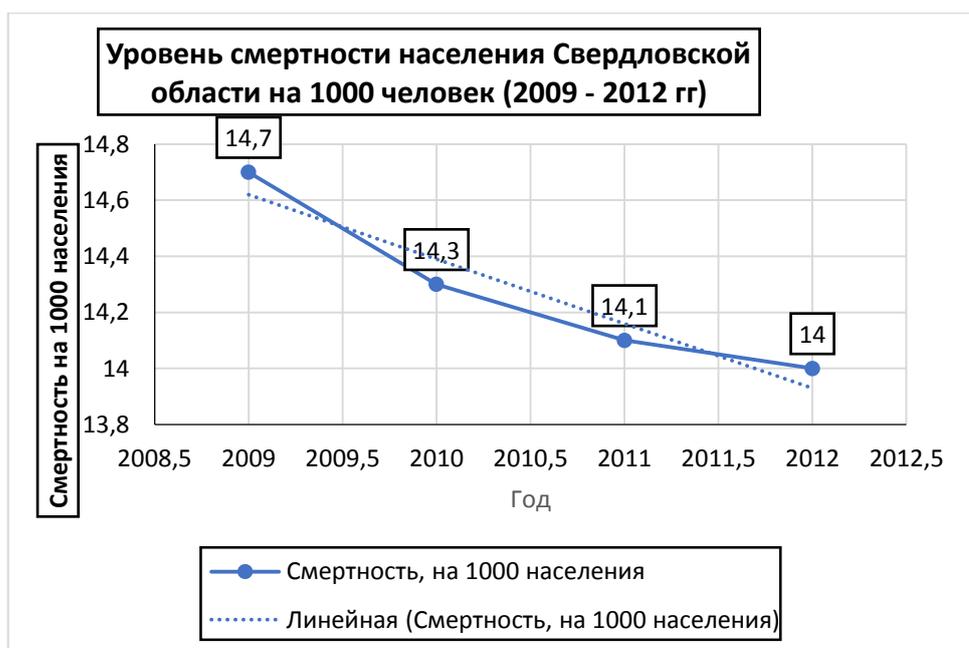


Рис. 1 Уровень смертности населения Свердловской области на 1000 человек (2009 – 2012 гг)



Рис. 2 Общая заболеваемость населения Свердловской области на 1000 человек (2009 – 2012 гг)

На втором этапе (2013-2015 годы) было продолжено осуществление мероприятий по стабилизации демографической ситуации за счет снижения смертности от управляемых причин. Основной акцент был сделан на создании мотивации у населения области к здоровому образу жизни и повышению доступности оздоровительных мероприятий. Кроме того, был издан и действует документ: Постановление Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП "Об утверждении государственной программы Свердловской области "Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года"(в редакции от 16.07.2019 № 430-ПП).

К 2015 году предусматривалось существенно улучшить здоровье населения. По итогам реализации второго этапа предполагалось к 2016 году: увеличить показатель ожидаемой продолжительности жизни до 70 лет; на треть снизить уровень смертности населения.

Показатели ожидаемой продолжительности жизни представлены на Рис. 3.



Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (Свердловская область) (оба пола), (лет)

Линия тренда выбрана исходя из максимально отражающей математической модели (в Excel), но так как период очень незначительный, достоверность данной линии тренда низкая.

Динамика изменения показателя смертности на 1000 населения в Свердловской области за период с 2009 по 2018 г.г. представлен на Рис.4

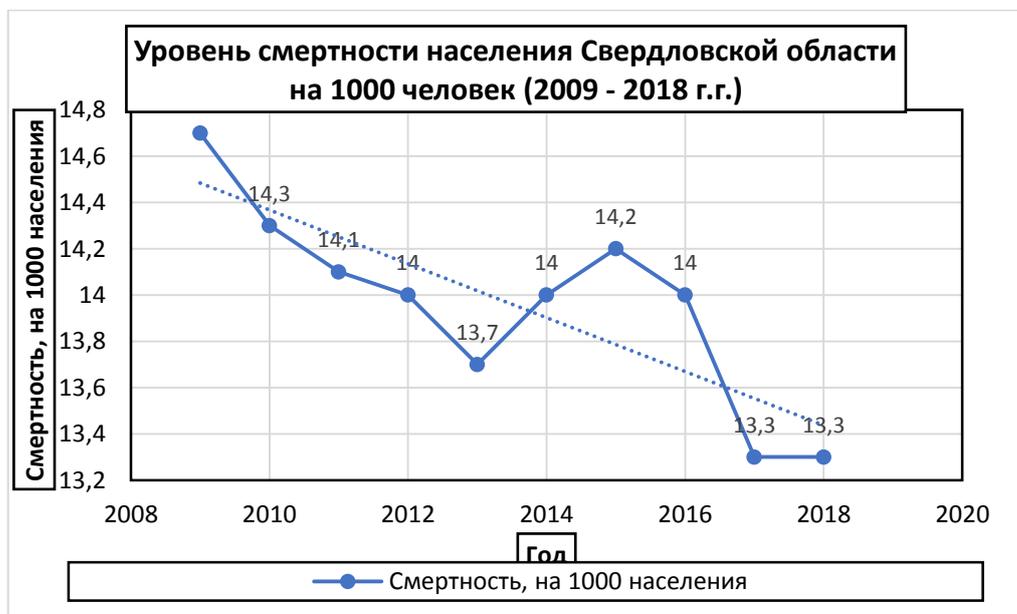


Рис.4. Уровень смертности населения Свердловской области на 1000 человек (2009 -2018 гг)

На третьем этапе (2016 - 2020 годы) предусматривается на основе оценки влияния реализуемых проектов и программ на показатели здоровья населения корректировать и проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья. К 2020 году предполагается: увеличить ожидаемую

продолжительность жизни до 75 лет; снизить уровень смертности в 1,6 раза по сравнению с 2006 годом. В настоящий момент, наблюдается снижение уровня смертности с 14,7 в 2009 году до 13,3 в 2018 году (Таблица 1), рост ожидаемой продолжительности жизни практически до 70 лет, но также заметен положительный тренд показателя прироста (убыли) населения (Рисунок 5) (8,12,13,14).

Таблица 1

Основные демографические показатели Свердловской области, 2009 - 2018 г.г.

Годы	Численность населения, тыс.чел.	Рождаемость, на 1000 населения	Смертность, на 1000 населения	Естественный прирост (убыль), на 1000 населения
2009	4394,6	12,8	14,7	-1,5
2010	4297,2	13,4	14,3	-0,9
2011	4297,2	13,5	14,1	-0,6
2012	4307,7	14,3	14	0,3
2013	4315,8	14,4	13,7	0,7
2014	4327,5	14,5	14	0,5
2015	4330	14,4	14,2	0,3
2016	4329,3	13,8	14	-0,2
2017	4325,3	12,4	13,3	-0,9
2018	4315,7	12,4	13,3	-0,9



Рис.5. Показатели естественного прироста (убыли) населения Свердловской области на 1000 человек (2009 – 2018 гг)

Академик РАМН О.П. Щепин, в своей работе (6), посвященной современным региональным особенностям здравоохранения РФ, подчеркивал, что «сегодня улучшение состояния здоровья населения не может быть достигнуто простым расширением или развитием одной только системы здравоохранения...». Её реформа должна «фиксировать ответственность за здоровье нации на уровне множества государственных управленческих структур» [2. с. 360]. Действительно, на государственном уровне субъектами управления в этой сфере являются: Министерства культуры, образования и науки, здравоохранения, социального развития. Функционируют Государственные комитеты (по физической культуре, спорту и туризму, по молодежной политике), Комитеты Государственной Думы по труду и социальной политике, по охране

здоровья, по делам женщин, семьи и молодёжи, а на региональном уровне – комитеты по делам молодёжи и спорту; социальные службы по работе с молодёжью; экологические комитеты и др.

Только системный подход к эффективному управлению охраной здоровья способен обеспечить качественную жизнедеятельность людей, способствовать улучшению условий и уровня жизни, созданию жизненного потенциала и капитала здоровья, адекватных вызовам XXI века в соответствии с государственно-общественной ценностью: «salus populi suprema lex esta – пусть высшим законом станет популяционное здоровье».

Список литературы

1. Устав Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1968. – С. 1.
2. Рябцева, Е. Е. Связи с общественностью и общественное мнение / Е. Е. Рябцева. – Астрахань: Изд. дом «Астраханский университет», 2011. – 78 с.
3. Более трети россиян ощущают нехватку спортивных сооружений. – Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=266&uid=3366>, свободный. – Заглавие с экрана. – Яз. рус. – Дата обращения: 08.04.2010.
4. Гальцев С.С. Проблемы здорового образа жизни в российском общественном мнении/ С.С. Гальцев.- Астрахань: Организация охраны здоровья, 2011, с. 90-94.
5. Латфуллин Г.Р., Голухов Г.Н., Шиленко Ю.В.. Системный подход к управлению охраной здоровья/ Латфуллин Г.Р.- Вестник Университета № 16, 2014, с. 190-196
6. Щепин О.П. и соавт. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. – М: ОАО «Издательство «Медицина», 2007.
7. Постановление Правительства Свердловской области от 20 мая 2009 года №557-ПП «О Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 года»
8. Постановление Правительства Свердловской области. 25.10.2018 г. № 736-ПП Доклад "О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году".
9. Приказ МЗ Свердловской области от 3 августа 2009 г. N 745-п «О создании на территории Свердловской области центров здоровья по формированию здорового образа жизни»
10. Приказ МЗ Свердловской области от 13 августа 2009 г. N 775-п «О закреплении зон ответственности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни на территории Свердловской области»
11. Постановление Правительства Свердловской области от 14 октября 2009 г. N 1196-ПП «Об утверждении комплексного плана мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2009 - 2012 годы»
12. Постановление Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП "Об утверждении государственной программы Свердловской области "Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года"(в редакции от 16.07.2019 № 430-ПП).
13. <https://www.fedstat.ru/indicator/31293>
14. http://www.statdata.ru/spg_reg_rf
15. https://www.gks.ru/bgd/regl/b12_14t/IssWWW.exe/Stg/ural/02-00.htm

УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЛИ УРОВЕНЬ ОЖИРЕНИЯ В СТРАНАХ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ? (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО БЛИЖНЕМУ ВОСТОКУ)

Палевская С.А.¹, Касымжанова А.Т.¹

¹ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Введение

Ожирение или избыточный вес – это состояние, вызванное атипичным или чрезмерным накоплением жира, возникающее как у детей, так и у взрослых. Ожирение является фактором риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в большей части инфаркта и инсульта, которые занимали лидирующее место среди причин смерти в 2012 г. (ВОЗ, 2015) [12].

Распространение ожирения становится общественной проблемой в развивающихся странах с переходным типом экономики. Страны с переходной экономикой – это группа стран, в которых происходит переход от плановой к рыночной экономике. В рейтинг типов экономик Всемирного банка (2004) входят 70 стран с переходной экономикой. На Ближнем Востоке переходный период начался в 1945 г. с началом массовой нефтедобычи в некоторых странах (Иран, Кувейт, Ирак, Объединенные Арабские Эмираты и Саудовская Аравия). Ближневосточный регион включает 17 стран с разным уровнем развития экономики. Быстрый процесс экономического перехода привел к стремительному увеличению уровня ожирения у нескольких поколений и достиг уровня эпидемии в регионе.

Методы

Данный систематический обзор включает только полнотекстовые исследования на английском языке по любым первичным исследованиям Ближневосточного региона. Целевая популяция – взрослое население, проживающее в Ближневосточном регионе. Первичные результаты: распространение ожирения на Ближнем Востоке, любые возможные связи с демографическими изменениями.

Данный обзор не включает исследования, в которых отсутствуют сведения о распространении ожирения. Кроме того, исключаются исследования, проведенные в развитых странах, где присутствует популяция из Ближневосточного региона.

Стратегия поиска

Был проведен тщательный поиск среди всех исследований, опубликованных в двух базах данных: Embase и MEDLINE. Поиск ограничивался 1980 и 2016 гг., так как за этот период распространение ожирения увеличилось более чем в два раза (ВОЗ, 2015) [12].

Результаты

Всего в рамках поиска было найдено 456 цитирований (137 - MEDLINE; 319 - Embase). После удаления дубликатов с помощью Refworks осталось 108 статей. Заголовки и отрывки были изучены, и для критического оценивания было отобрано 11 полнотекстовых исследований. Одно исследование было исключено, потому что было проведено в стране с развитой экономикой (Швеции) с женщинами из Ближневосточного региона [6].

Количество и тип включенных исследований

Все включенные исследования были разделены на две группы: исследования, изучающие распространение ожирения в Ближневосточном регионе (шесть исследований) [1], [3], [4], [9], [16], [18], и исследования, изучающие ожирение как фактор риска различных заболеваний (четыре исследования) [2], [5], [17], [19].

Все шесть исследований распространения ожирения были проведены в странах Ближнего Востока с 1995 г. по 2015 г. Самое раннее поперечное исследование было проведено в 1995 г. в Саудовской Аравии (АР Аль-Нуайм с соавт., 1996) [4] и в Объединенных Арабских Эмиратах (Мусайгер с соавт., 1995) [9]. Исследование в Объединенных Арабских Эмиратах включало только учащихся университетов женского пола (n=215). Наоборот, исследование в Саудовской Аравии включало более обширную популяцию обоих полов (n=13,177). Хронологически следующее исследование, изучавшее распространение ожирения или избыточного веса, было проведено в Палестине в 2003 г. (Абдул-Рахим с соавт., 2003) [1]. Исследования Сибай с соавт. (Абла Мехио Сибай, 2003) в Ливане [16] и Аль-Лавати с соавт. (Джавад А. Аль-Лавати с соавт., 2002) в Омане [3] были проведены в 2002 г. Самое позднее и наиболее актуальное поперечное исследование было проведено в Турции в 2015 г. (Чихангир Эрем с соавт., 2015) [18].

Четыре исследования, изучающие ожирение как фактор риска, были проведены на Ближнем Востоке гораздо позднее – с 2005 г. по 2013 г. Эти исследования рассматривали различные заболевания, группы людей и использовали различные методы измерения, но оценивали ожирение как фактор риска. Следовательно, их нельзя объединить.

Ожирение как фактор риска различных заболеваний

Четыре исследования изучали ожирение и избыточный вес как возможные факторы риска различных заболеваний. Одно из четырех исследований будет приведено в виде описательного анализа.

Целью исследования Эстегхамати А. с соавт. (2009) [19] было определение актуального уровня распространения неинфекционных заболеваний (НИЗ) и их факторы риска среди населения Ирана. Факторы риска, связанные с НИЗ, – распространение диабета, гипертонии, ожирения и центрального типа ожирения. Авторы поделили участников на две группы: с хроническим сахарным диабетом (ХСД) и с недавно диагностированным сахарным диабетом. Если пациенту когда-либо ставили диагноз диабет, его включали в первую группу (ХСД). В группе без ХСД уровень глюкозы натощак (УГН) в количестве 126 мг/дл считался недавно диагностированным диабетом. Гипертония определялась как систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст. Также в исследование была включена пред-гипертония, которая определялась как систолическое артериальное давление ≥ 120 мм рт. ст. и <140 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление ≥ 80 мм рт. ст. и ≤ 90 мм рт. ст. у участников, не страдающих от гипертонии. ИМТ рассчитывался по формуле $\text{кг}/\text{м}^2$. В данном исследовании ученые использовали определение ВОЗ для избыточного веса (ИМТ ≥ 25) и ожирения (ИМТ ≥ 30). Также они использовали критерии Международной федерации диабета для определения центрального типа ожирения (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин). Они пришли к выводу, что среди жителей Ирана ожирение и избыточный вес наименее распространены в возрастной группе 25-34 г. ($n=1081$): у 14,4% отмечается ожирение, у 31,8% - избыточный вес. Наиболее высокий уровень распространения отмечается в возрастной группе 45-54 г.: у 29,3% отмечается ожирение и у 39,8% - избыточный вес. Женщины чаще страдают ожирением (30,6%), чем мужчины (14,2%). Однако мужчины имеют больше избыточного веса (37,5%). Также городские жители чаще страдают ожирением (23,8%) и имеют больше избыточного веса (38,2%), чем жители деревень (ожирение – 18,5%, избыточный вес – 31,7%).

Факторы, которые могли привести к увеличению ожирения и избыточного веса на Ближнем Востоке

Результаты обзора показывают, что с 1945 г., когда начался переходный период в данном регионе, распространение ожирения и избыточного веса значительно увеличилось и сейчас становится серьезной общественной проблемой.

Согласно Арабскому центру нутрициологии (2009) первой причиной этого является быстрое изменение стиля жизни, произошедшее в течение последних четырех десятилетий, в особенности связанных с низким уровнем физической активности [11]. Данные ВОЗ (2008) показывают, что среди взрослых жителей Ближнего Востока в возрасте старше 20 лет уровень отсутствия физической активности варьируется от 80% до почти 95% [7].

Вторым возможным фактором могут быть пищевые привычки, которые значительным образом изменились в арабских странах Ближнего Востока за последние 40 лет с увеличением потребления жира и богатой энергией пищи с 1971 г. по 1997 г. [Рис. 2]. Сейчас потребление овощей, фруктов и черного хлеба на Ближнем Востоке значительно снижается. Эти специфические предпочтения привели к добавлению большего количества соли и сахара в пищу, а также оказали значительное влияние на следующее поколение, так как дети растут и привыкают к соленой и сладкой еде.

Наш обзор показал, что городское население сильнее страдает от ожирения, чем сельское. Это можно ясно увидеть из исследований, проведенных в турецком городе Трабзон в различные временные периоды [18]. Это исследование показало, что с 1995 г. по 2012 г. общее распространение ожирения значительно увеличилось: с 19,2% до 34,4%. Это демонстрирует то, что быстрый процесс урбанизации, увеличение внутреннего производства и резкий скачок импорта нефти оказали неизгладимое влияние на культуру питания в процессе экономического роста Ближнего Востока.

Таблица 1. Тенденции среднедушевого потребления богатой энергией и жиром пищи в арабских странах Ближнего Востока (1971 – 1997)

Страна	Калорийность, ккал			Жир, гр		
	1971	1997	% увеличение	1971	1997	% увеличение
Египет	2,351	3,287	39.8	47.1	57.6	22.3
Ирак	2,258	2,619	16.0	42.5	77.2	81.6
Иордания	2,436	3,014	23.7	58.5	86.2	47.4
Кувейт	2,637	3,096	17.4	71.4	94.7	32.6
Ливан	2,356	3,277	39.1	62.9	107.8	71.4
Ливия	2,457	3,289	33.9	74.1	106.1	43.2
Саудовская Аравия	1,876	2,783	48.3	32.3	78.6	143.3
Судан	2,180	2,395	10.0	66.3	75.3	13.6
Сирия	2,342	3,351	43.0	61.9	92.9	50.1
Тунис	2,279	3,283	44.0	56.8	92.9	63.6
Йемен	1,779	2,051	15.3	30.2	36.5	20.8
ОАЭ	3,093	3,390	9.6	85.6	109.0	27.3

*(Источник: Арабский центр нутрициологии, 2008)

Рис. 1 Тенденции среднедушевого потребления богатой энергией и жиром пищи в арабских странах Ближнего Востока (1971 – 1997)

Еще один социокультурный фактор может быть связан с высоким уровнем отсутствия физической активности и набором избыточного веса [8], [14]. Очевидно, что на Ближнем Востоке существует большое количество культурных и социальных барьеров. Эта проблема особенно актуальна для женщин, так как мужчинам и женщинам не разрешается находиться вместе. Еще один потенциальный фактор риска ожирения среди арабских мусульманок – экстремально жаркая погода в сочетании с потреблением большого количества пищи.

Более того, в большинстве стран Ближнего Востока ожирение – это символ фертильности, красоты, благосостояния и высокого социального статуса для женщин [13]. Несколько беременностей – это обычная культурная черта Ближнего Востока. В то же время, несколько беременностей могут стать одной из причин ожирения. [13]. В результате они не заботятся о своем весе во время беременности.

Заключение

Данный обзор показал, что общее распространение ожирения и избыточного веса на Ближнем Востоке увеличилось с 1980 г. во всех возрастных группах как у мужчин, так и у женщин. Возрастная группа 31-59 лет имеет самый высокий уровень ожирения и избыточного веса во всех исследованиях, включенных в итоговый анализ. Также данный обзор показывает, что городское население больше страдает от ожирения и имеет больше избыточного веса, чем сельское. Данный обзор также показывает, что ожирение и избыточный вес могут быть потенциальными факторами риска возникновения НИЗ.

Список литературы

1. Абдул-Рахим Х, Холмбо-Оттесен Г, Стин Л, Хуссейни А, Джакамен Р, Джервелл Дж. с соавт. Ожирение среди сельского и городского населения Западного берега Палестины. «Интернешнл Джорнал оф Обесити». 2003;27(1):140-146.
2. Аль-Дагхри Н, Кхан Н, Алькхарфи К, Аль-Атгас О, Алокаил М, Альфаваз Х с соавт. Избранные пищевые нутриенты и распространение метаболического синдрома у взрослых мужчин и женщин в Саудовской Аравии: пилотное исследование. «Нутриентс». 2013;5(11):4587-4604.
3. Аль-Лавати Дж, Аль Рийами А, Мохаммед А, Джусилахти Р. Увеличение распространения сахарного диабета в Омане. «Диабетик Медисин». 2002;19(11):954-957.
4. Аль-Науим А, Аль-Рубеан К, Аль-Мазру Й, Аль-Атгас О, Аль-Дагхари Н. Распространение гиперхолестеринемии в Саудовской Аравии, эпидемиологическое исследование. «Интернешнл Джорнал оф Кардиолоджи». 1996;54(1):41-49.

5. Богерра Р, Алберти Х, Салем Л, Райана К, Атти Дж, Джаги С с соавт. Глобальная пандемия диабета: опыт Туниса. «Юропиан Джорнал оф Клиникал Нутришн». 2006;61(2):160-165.
6. Бьермо Х, Линд С, Расмуссен Ф. Образовательный аспект ожирения увеличивается среди беременных женщин Швеции: регистровое исследование. «БМС Паблик Хэлф». 2015;15(1).
7. Ли Ай, Широма И, Лобело Ф, Пуска П, Блэр С, Катцмарзик П. Влияние отсутствия физической активности на серьезные неинфекционные заболевания по всему миру: анализ уровня заболеваемости и продолжительности жизни. «Ланцет». 2012;380(9838):219-229.
8. Мартирадonna Л. Изменение отношений в Саудовской Аравии. «Нейче Мидл Ист». 2014
9. Мусайгер А, Радван Х. Социальные и пищевые факторы, связанные с ожирением среди женщин-студенток Объединенных Арабских Эмиратов. «Джорнал оф зэ Ройал Сосайти оф Хэлф». 1995;115(2):96-99.
10. Мусайгер А, Такрури Х, Хассан А, Абу-Тарбуш Х. Пищевые директивы для арабских стран Персидского залива. «Джорнал оф Нутришн энд Метаболизм». 2012;2012:1-10.
11. Ожирение и избыточный вес [Интернет]. Who.int. 2019 [цит. 4 сентября 2019 г.]. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
12. Пелтцер К, Пенгпид С. Недооценка веса и связанные с этим факторы избыточного веса и ожирения у студентов старше 21 г. из стран с низким и средним уровнем развития, а также развивающихся стран. «Обесити Ресерч энд Клиникал Практис». 2015;9(3):234-242.
13. Рахим Х, Сибай А, Хадер Й, Хвалла Н, Фадхил Ай, Альсийаби Х с соавт. Неинфекционные заболевания в арабских странах. «Ланцет». 2014;383(9914):356-367.
14. Саттон, Абрамс, Джонс, Шелдон, Сонг. Систематические обзоры испытаний и других исследований. «Хэлф Текнолоджи Ассессмент». 1998;2(19).
15. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [Интернет]. Who.int. 2019 [цит. 4 сентября 2019 г.]. Доступно по ссылке: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
16. Сибай А, Хвалла Н, Адра Н, Рахал Б. Распространение и коварианты ожирения в Ливане: результаты первого эпидемиологического исследования. «Обесити Ресерч». 2003;11(11):1353-1361.
17. Хайат К, Харрисон О, Шатхер З. Профиль и подход к хроническим заболеваниям в Абу-Даби. «Глобализейшн энд Хэлф». 2012;8(1):18.
18. Эрем К. Распространение ожирения и избыточного веса в Турции. «АйДжейСи Метаболик энд Эндокрин». 2015;8:38-41.
19. Эстегхамати А, Мейсами А, Кхалилзадех О, Расхиди А, Хагхазали М, Асгари Ф с соавт. Третье национальное исследование факторов риска неинфекционных заболеваний (SuRFNCD-2007) в Иране: методы и результаты распространения диабета, гипертонии, ожирения, центрального типа ожирения и дислипидемии. «БМС Паблик Хэлф». 2009;9(1).

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

**Харисов А.М.¹, Березников А.В.², Берсенева Е.А.³,
Скиба Я.Б.⁴, Шкигин С.О.², Ефимов М.Д.²**

¹ Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, ²ООО «АльфаСтрахование-ОМС»,
³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ⁴Клиника нервных болезней ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Введение. Ранее мы разработали методику управления очередью задач в системе менеджмента качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST. Методика заключается в устранении нарушений в порядке уменьшения степени их влияния на исход заболевания [1]. Это обеспечивает дифференцированный подход в системе менеджмента качества медицинской помощи, что особенно важно для медицинских организаций с ограниченными ресурсами для управления качеством медицинской помощи [2]. Однако, для того, чтобы рекомендовать такую методику для использования

медицинскими организациями в рамках системы менеджмента качества медицинской помощи, нам необходимо обосновать ее результативность.

Ключевые слова. Качество медицинской помощи. Острый коронарный синдром. Очередь задач. Управление ресурсами.

Цель исследования – обосновать результативность использования методики управления очередью задач в системе менеджмента качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST.

Материалы и методы. Предмет исследования – современное состояние системы менеджмента качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST (далее – ОКС бпST), нормативная правовая база, методы обеспечения качества медицинской помощи. Объект исследования – действующая система организации и оценки качества медицинской помощи при ОКС бпST.

Результаты и их обсуждение. В ходе настоящего исследования оценивалась вероятность формирования риска для пациента и медицинской организации путем сравнения частоты его реализации в группах случаях с устранением нарушений в соответствии с предложенной нами методикой и без нее. Определение степени влияния нарушений на исход заболевания осуществлялось с помощью методики оценки качества медицинской помощи с использованием математической модели определения причинно-следственных связей (с определением информативности по С. Кульбаку). В качестве «эталона сравнения» мы использовали стандарт медицинской помощи [4].

Результаты оценки причинно-следственных связей влияния нарушений на исход острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКС бпST) позволили нам разделить диагностические и лечебные мероприятия стандарта медицинской помощи по степени целесообразности устранения нарушений на три группы:

- 1) группа А – мероприятия, нарушения при проведении которых изолированно формируют неблагоприятный исход заболевания (проведение коронарографии, назначение прямых антикоагулянтов, нитратов, антиагрегантов, бета-блокаторов, наркотических анальгетиков);
- 2) группа Б – мероприятия, нарушения при проведении которых формируют неблагоприятный исход заболевания только при сочетании с другими нарушениями (назначение диуретиков, ингибиторов АПФ, растворов электролитов, статинов, проведение ЭКГ, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭКГ с физическими нагрузками, исследования кислотно-щелочного состояния крови, биохимического анализа крови (с ферментами некроза миокарда), коагулограммы, общего анализа крови, рентгенографии органов грудной клетки);
- 3) группа В – мероприятия, достоверно не влияющие на формирование исхода заболевания (проведение общего анализа мочи, реакции Вассермана, определение HBsAg, Ig M, G к HCV и HIV, определение группы крови и резус-фактора) [3, 5].

В рамках реализации системы менеджмента качества медицинской помощи (далее – СМК) мы использовали методику устранения нарушений с применением дифференцированного подхода (управлением очередью задач): в зависимости от имеющихся ресурсов и риск-аппетита медицинской организации мы использовали один из трех сценариев управления очередью задач: 1) устранение всех нарушений при проведении мероприятий только группы А (задача 1-й очереди); 2) устранение всех нарушений мероприятий групп А и всех или некоторых нарушений мероприятий группы Б (задача 2-й очереди); 3) устранение всех нарушений мероприятий групп А и Б, всех или некоторых нарушений мероприятий группы В (задача 3-й очереди).

Устранение задач 1-й очереди соответствует максимальному риск-аппетиту (то есть максимальному из допустимых рисков для пациента и медицинской организации); 2-й и 3-й очереди – промежуточному и минимальному риск-аппетиту.

На следующем этапе исследования мы провели оценку степени влияния настоящей методики, интегрированной в СМК на реализацию риска для пациента и медицинской организации. Для этого мы сравнили частоту реализации неблагоприятного исхода для пациента, а также частоту формирования финансового, юридического или репутационного риска для медицинской организации в трех группах случаев устранения нарушений при оказании медицинской помощи при ОКС бпST:

- 1) группа 1 – нарушения устранялись с использованием методики с управлением очередью задач;
- 2) группа 2 – нарушения устранялись без управления очередью задач;
- 3) группа 3 – нарушения не устранялись.

В выборку включались случаи оказания медицинской помощи только тем пациентам, для которых медицинская помощь являлась ведущим фактором, формирующим исход заболевания. Период исследования составил 24 месяца, по истечении которого произведена оценка реализации риска для пациента и медицинской организации (таблица 1).

Таблица 1.

Частота реализации рисков для медицинской организации и пациента

№ п/п	Группа случаев	Кол-во случаев	Реализованный риск для пациента			Реализованный риск для медицинской организации		
			Кол-во случаев	Частота реализации, %	Достоверность, р	Кол-во случаев	Частота реализации, %	Достоверность, р
1	Группа 1	276	30	10,9%	<0,05	35	12,7%	<0,05
2	Группа 2	217	43	19,8%	<0,05	47	21,7%	<0,05
3	Группа 3	191	55	28,8%	<0,05	66	34,6%	<0,05
-	Итого	684	128	18,7%	<0,05	148	21,6%	<0,05

Наименьшая частота реализации риска как для медицинской организации, так и для пациента – в группе 1. При этом в случаях устранения нарушений с использованием методики с управлением очередью задач частота реализации риска для пациента и медицинской организации ниже, чем в группе с устранением нарушений без управления очередью задач в 1,8 и 1,7 раза ($p < 0,05$) соответственно и ниже, чем в группе без устранения нарушений в 2,6 и 2,7 раза ($p < 0,05$) соответственно.

Обсуждение. Таким образом, настоящая методика позволяет достоверно снизить вероятность медицинского риска для пациента и вероятность финансового, репутационного и юридического риска для медицинской организации. Использование этой методики позволяет минимизировать риски для пациента с ОКС бпST и медицинской организации, а значит позволяет построить наиболее эффективную СМК. Кроме того, данная методика может быть использована и в рамках комплексных автоматизированных информационных систем медицинских организаций [6,7].

Заключение.

1. Разработанная методика управления очередью задач в системе менеджмента качества медицинской помощи при ОКС бпST позволяет снизить риски для пациента и самой медицинской организации в течение 24 месяцев после оказания пациентам медицинской помощи.
2. Внедрение разработанной методики в СМК позволяет снизить вероятность реализации риска для пациента и медицинской организации в 1,8 и 1,7 раза соответственно по сравнению с устранением нарушений без управления очередью задач.

Список литературы

1. Анализ эффективности внедрения системы менеджмента качества медицинской помощи при острой сердечно-сосудистой патологии / С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, В.А. Шкитин [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2018. - №3. – С. 72-77.
2. Дифференцированный подход к управлению качеством медицинской помощи / С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, А.В. Березников [и др.] // Выпуск V: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом» – Новосибирск, 2018. – С.56-58.
3. Методические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, которым медицинская помощь оказана с нарушениями / С.О. Шкитин, А.В. Березников, Е.А. Берсенева [и др.] // - М.: ООО «Светлица», 2018 – 48 с.
4. Стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2015 г. N 405ан.
5. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы / С.О. Шкитин, А.В. Березников, В.А. Шкитин [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 17-23.

6. Берсенева Е.А. Методология создания и внедрения комплексных автоматизированных информационных систем в здравоохранении. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 352 с.
7. Берсенева Е.А., Беркович В.Б. Актуальность создания и внедрения медицинских информационных систем. // Здравоохранение. – 2003. - № 3. – С.71-75.

УПРАВЛЕНИЕ ОЧЕРЕДЬЮ ЗАДАЧ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

**Харисов А.М.¹, Шкитин С.О.², Березников А.В.²,
Берсенева Е.А.³, Скиба Я.Б.⁴, Лебедева А.М.²**

¹ Филиал № 3 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, ²ООО «АльфаСтрахование-ОМС»,
³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ⁴Клиника нервных болезней ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Введение. Оказание доступной и качественной медицинской помощи является одним из основных принципов охраны здоровья граждан РФ. Однако по результатам контрольно-экспертных мероприятий, проводимых в системе ОМС, нарушения законодательно установленных требований к оказанию медицинской помощи встречаются в 33,0% случаев [5]. В условиях ограниченности ресурсов медицинской организации очередью задач при устранении нарушений необходимо управлять. Управление очередью задач в рамках системы менеджмента качества медицинской помощи представляет собой расстановку приоритетов в использовании ресурсов при устранении нарушений в соответствии со степенью значимости формируемого риска для пациента и медицинской организации [1]. Такая система позволяет построить процесс оказания медицинской помощи как для достижения запланированного результата лечения, так и для снижения частоты реализации рисков. Мы остановились на вопросах управления очередью задач на примере острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST.

Ключевые слова. Качество медицинской помощи. Очередь задач. Управление ресурсами. Острый инфаркт миокарда.

Цель исследования – разработать научно обоснованный подход к управлению очередью задач в системе менеджмента качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST.

Материалы и методы. Предметом исследования явилось современное состояние системы менеджмента качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST (далее – ОКС бпST), нормативная правовая база, методы обеспечения качества медицинской помощи. Объектом исследования явилась действующая система менеджмента качества медицинской помощи при ОКС бпST (далее – СМК). Определение степени влияния нарушений на исход заболевания осуществлялось с помощью методики оценки качества медицинской помощи с использованием математической модели определения причинно-следственных связей (с определением информативности по С.Кульбаку). В качестве «эталона» мы использовали стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2015 г. N 405ан (далее – стандарт медицинской помощи) [4].

Результаты и их обсуждение. С учетом проведенных ранее исследований и полученных результатов информативности по С. Кульбаку каждого из мероприятий стандарта медицинской помощи мы разделили мероприятия на три группы:

- 1) группа А – мероприятия, нарушения при проведении которых изолированно формируют неблагоприятный исход заболевания;
- 2) группа Б – мероприятия, нарушения при проведении которых формируют неблагоприятный исход заболевания только при сочетании с другими нарушениями;
- 3) группа В – мероприятия, достоверно не влияющие на формирование исхода заболевания [6].

В целях управления очередью задач в СМК возможно ранжировать мероприятия выше указанных групп по степени их влияния на исход заболевания:

- 1) мероприятия, необходимые для достижения запланированного результата при оказании медицинской помощи только в острый период заболевания;
- 2) мероприятия, необходимые для достижения запланированного результата при оказании медицинской помощи как в острый, так и в хронический период заболевания (различные формы хронической ишемической болезни сердца, например, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения).

Устранение мероприятий первой группы целесообразно только в острый период заболевания, а второй – как в острый, так и в хронический период (таблица 1).

Таблица 1.

Целесообразность устранения нарушений при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС бпST

№ п/п	Диагностическое / лечебное мероприятие	Целесообразность устранения нарушения	
		В острый период	В дальнейшем (в период хронических форм ИБС)
Мероприятия группы А			
1	Коронарография	Да	Да
2	Прямые антикоагулянты	Да	Нет
3	Нитраты	Да	Да
4	Антиагреганты	Да	Да
5	Бета-адреноблокаторы	Да	Нет
6	Наркотические анальгетики	Да	Нет
Мероприятия группы Б			
7	Диуретики	Да	Да
8	Ингибиторы АПФ	Да	Да
9	Электрокардиография	Да	Да
10	Растворы электролитов	Да	Нет
11	Эхокардиография	Да	Да
12	Кислотно-щелочное состояние крови	Да	Нет
13	Биохимический анализ крови (с ферментами некроза миокарда)	Да	Да
14	Коагулограмма	Да	Нет
15	Холтеровское мониторирование ЭКГ	Да	Да
16	ЭКГ с физическими упражнениями	Да	Да
17	Статины	Да	Да
18	Общий анализ крови	Да	Да
19	Рентгенография органов грудной клетки	Да	Нет
Мероприятия группы В			
20	Общий анализ мочи	Да	Да
21	Определение группы крови и резус-фактора	Да	Нет
22	Проведение реакции Вассермана, определение HBsAg, Ig M, G к HCV и HIV	Да	Нет

Данные таблицы 1 необходимо использовать для планирования очереди задач в рамках реализации СМК.

Методика определения очереди задач осуществляется следующим образом:

1. В первую очередь – устранить все целесообразные к устранению нарушения при проведении мероприятий группы А.
2. Задачи второй очереди – устранить как можно больше нарушений при проведении мероприятий группы Б в соответствии со степенью значимости этих мероприятий (таблица 1) из числа целесообразных в острый период заболевания или в период хронических форм ИБС. Степень значимости мероприятий обратно пропорциональна порядковому номеру в таблице 1. Устранение нарушений необходимо проводить последовательно в соответствии с возрастанием этого порядкового номера [2].
3. Задачи третьей очереди – устранить нарушения при проведении мероприятий группы В. Поскольку влияние устранения этих мероприятий на риск для пациента и медицинской организации не значимо, то устранение этих нарушений возможно проводить вне зависимости от порядкового номера мероприятия в таблице 1.

Использование этой методики позволяет принимать решения с целью минимизации рисков для пациента и медицинской организации, а значит позволяет построить наиболее эффективную СМК.

Отсутствие устранений нарушений при проведении мероприятий группы А при управлении ресурсами медицинской организации недопустимо и является признаком ненадлежащей медицинской помощи [3]. Устранение нарушений при проведении мероприятий только группы А корреспондирует с максимальным риском для пациента и медицинской организации, а устранение всех нарушений в наибольшей степени снижает вероятность реализации такого риска.

Таким образом, управление очередью задач позволяет медицинской организации управлять рисками в рамках реализации СМК, в т.ч. и в автоматизированном режиме [7].

Список литературы

8. Анализ эффективности внедрения системы менеджмента качества медицинской помощи при острой сердечно-сосудистой патологии / С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, В.А. Шкитин [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2018. - №3. – С. 72-77.
9. Дифференцированный подход к управлению качеством медицинской помощи / С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, А.В. Березников [и др.] // Выпуск V: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом» – Новосибирск, 2018. – С.56-58.
10. Методические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, которым медицинская помощь оказана с нарушениями / С.О. Шкитин, А.В. Березников, Е.А. Берсенева [и др.] // - М.: ООО «Светлица», 2018 – 48 с.
11. Стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2015 г. N 405ан.
12. Экспертиза качества медицинской помощи: учебное пособие / А.В. Березников, Е.А. Берсенева, С.О. Шкитин – М.: Светлица, 2019. – 176 с.
13. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы / С.О. Шкитин, А.В. Березников, В.А. Шкитин [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 17-23.
14. Берсенева Е.А. Методология создания и внедрения комплексных автоматизированных информационных систем в здравоохранении. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 352 с.

СЕКЦИЯ №27.

ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12)

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30.

ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

РОЛЬ НОСИТЕЛЬСТВА АРОЕ 4(+) ГЕНОТИПА В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ 1 СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Селезнева Н.Д.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Введение

В соответствии с прогнозом Alzheimer's Disease International (World Alzheimer Report, 2015), количество пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) в мировой популяции возрастёт с 50 млн. в 2020 году до 130 млн. в 2050 году, что, по прогнозам экспертов, будет сопровождаться огромным ростом экономических затрат. В российской популяции частота БА в возрасте 60 лет и старше составляет 4,5% и увеличивается к 80 годам до 16,5% (Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2002).

Частота АроЕ4(+) генотипа у родственников пациентов с БА достоверно выше по сравнению с контрольной группой того же этнического происхождения как при поздно начинающейся БА, так и в спорадических случаях ранней формы заболевания (Saunders A.M. et al., 1993; Rebeck G.W. et al., 1993; Farrer L.A., 1997; Коровайцева Г.И. и соавт., 2001). Риск развития БА у родственников 1 степени родства больных БА, имеющих АроЕ4(+) генотип, по сравнению с родственниками без АроЕ4(-) генотипа и с контрольной группой является максимальным (Rayami H. et al., 1997; Cupples L.A. et al., 2004).

АроЕ4(+) генотип оказывает отрицательное влияние на показатели когнитивного функционирования, при наличии которого установлены более низкие показатели вербальной памяти и усвоения практических навыков (Caselli R.J. et al., 2004), более низкие результаты выполнения тестов, оценивающих вербальное запоминание и воспроизведение, внимание и рабочую память (Levy J.A. et al., 2004), более низкие результаты зрительно-пространственной функции (Sager M.A. et al., 2005), специфические нарушения эпизодической памяти (опора на автоматические процессы узнавания, поверхностное кодирование стимулов) и специфическое снижение эффективности переключения между задачами (Величковский Б.М. и соавт., 2009; Рощина И.Ф. и соавт., 2009).

Цель исследования состояла в определении клинико-психологических особенностей когнитивной сферы психической деятельности, прогностически значимых для появления и/или ухудшения когнитивного дефицита у родственников 1 степени родства больных БА в зависимости от АроЕ 4(+) генотипа.

Характеристика обследованных родственников

В когорту исследования вошли 134 родственника (49 мужчин, 85 женщин). Из них 110 человек являлись детьми пробандов, 24 – сибсами (сестрами или братьями) пробандов (табл.1). Средний возраст группы в целом составил $47,6 \pm 12,4$ года (24-79 лет): детей – $44,1 \pm 9,5$ года (24-74 года), сибсов – $63,0 \pm 10,8$ года (33-79 лет).

Таблица 1

Распределение родственников (детей и сибсов) больных БА по возрасту, полу, уровню образования и генотипу АроЕ

Группы	Дети, n=110		Сибсы, n=24	
	АроЕ4(-) n (%)	АроЕ4(+) n (%)	АроЕ4(-) n (%)	АроЕ4(+) n (%)
Показатели	68 (61,8%)	42 (38,2%)	15 (62,5)	9 (37,5)
Средний возраст в группах с разным АроЕ генотипом	$44,5 \pm 9,6$ (24-63)	$43,3 \pm 9,4$ (28-43)	$63,1 \pm 11,8$ (33-79)	$62,9 \pm 9,6$ (42-72)
Пол в группах с разным АроЕ генотипом				
– мужской	29 (42,6%)	17 (40,5%)	1 (6,7%)	2 (22,2%)
– женский	39 (57,4%)	25 (59,5%)	21 (87,5%)	7 (77,8%)
Уровень образования				
– высшее	63 (92,6%)	36 (85,7%)	10 (66,7)	5 (55,6%)
– среднее	5 (7,4%)	6 (14,3%)	5 (33,3%)	4 (44,45%)

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, молекулярно-генетический, статистический.

Использовались следующие шкалы и тесты: Шкала MMSE (Mini-Mental State Examination) – Мини-тест оценки когнитивных функций; Шкала MoCA (Montreal Cognitive Assessment – Монреальская шкала

оценки когнитивных функций); Шкала Гамильтона для оценки депрессии (1960); Шкала Гамильтона для оценки тревоги (1959); Модифицированная шкала Хачински (Hachinski V.C., 1978) для дифференциации первично-дегенеративных состояний от сосудистых церебральных заболеваний; тест запоминания и воспроизведения 10 слов, Бостонский тест называния, субтест 6 теста Векслера, тест рисования часов, тест запоминания 5 фигур, тест Бентона, тест Вербальные ассоциации, тест «концептуализация», тест Мюнстерберга.

Молекулярно-генетический метод включал исследование геномной ДНК, выделенной из лейкоцитов периферической крови с помощью стандартной методики фенол/хлороформной экстракции. Генотипирование ApoE аллелей проводилось методом полимеразной цепной реакции по стандартной процедуре (Коровайцева Г.И. и соавт., 2001).

Результаты исследования

При молекулярно-генетическом исследовании у 51 чел. установлено наличие ε4 аллеля ApoE гена, у 83 чел. – его отсутствие (в 38,1% и 61,9% соответственно). В группе детей и сибсов преобладали лица с генотипом ApoE4(-).

Диагноз синдрома мягкого когнитивного снижения (МСИ) (шифр по МКБ-10 – F06.7) поставлен 8,4% родственникам, имевшим генотип ApoE4(-), и 7,8% родственникам с генотипом ApoE4(+). (табл.2).

Таблица 2

Частота психических нарушений в группах детей и сибсов с разным ApoE генотипом

p<0,05 – различия статистически значимы

Группы	Дети, n=110				p	Сибсы, n=24				p
	ApoE4(-)		ApoE4(+)			ApoE4(-)		ApoE4(+)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Показатели	68	61,8	42	38,2		15	62,5	9	37,5	
БА с ранним началом	1	1,5	0	0		0	0	0	0	
Синдром МСИ	2	2,9	2	4,8	0,6	5	33,3	2	22,2	0,6
Психорганический синдром	23	33,8	17	40,5	0,5	7	46,7	3	33,3	0,5
Депрессивная реакция дезадаптации	22	32,4	15	35,7	0,7	2	13,3	3	33,3	0,3
Норма	20	29,4	8	19,0	0,2	1	6,7	1	11,1	0,7

У детей с синдромом МСИ генотип ApoE4(+) встречался в 1,7 раза чаще, чем генотип ApoE4(-). У сибсов с синдромом МСИ, напротив, в 1,5 раза чаще выявлен генотип ApoE4(-), чем генотип ApoE4(+). (различия статистической незначимы).

Психорганический синдром (преимущественно церебрально-сосудистого генеза) (шифр по МКБ-10 – F07.8) диагностирован в 33,7% случаев (36,7% детей и 41,7% у сибсов). Ассоциации частоты психорганического синдрома с ApoE4(+) генотипом в группах не установлено (табл.2).

Диагноз депрессивной реакции дезадаптации (шифр по МКБ-10 – F43.2) поставлен в 31,3% случаях (в 38,2% – у детей и в 20,8% – у сибсов). В группе в целом отмечалось некоторое преобладание частоты указанного патологического состояния у лиц с генотипом ApoE4(+) по сравнению с носителями генотипа ApoE4(-): 35,3% и 28,9% соответственно (различия статистически незначимы, p=0,4). В группе сибсов этот диагноз был поставлен в 2,5 чаще у носителей генотипа ApoE4(+): соответственно у 33,3% и у 13,3% (p=0,3). В группе детей ассоциации генотипа ApoE с данной патологией не установлено (различия незначимы) (табл.2).

По ретроспективным анамнестическим данным, невысокие показатели школьной успеваемости чаще отмечались у носителей генотипа ApoE4(+) среди родственников как в группе в целом, так и в группах детей и сибсов. Среди родственников с ApoE4(-) в группе в целом и среди детей различия не достигали уровня статистической значимости (p=0,08 и p=0,5); среди сибсов различия по этому признаку оказались значимыми (p=0,02) (табл.3).

Отсутствие профессионального роста в группе в целом не зависело от ApoE генотипа. У детей – носителей генотипа ApoE4(+) оно встречалось в 1,2 раза чаще, чем у детей с генотипом ApoE4(-) (различия незначимы, p=0,2). Обратная картина установлена у сибсов – в 1,2 раза чаще установлено отсутствие профессионального роста при наличии генотипа ApoE4(-) (различия незначимы, p=0,7) (табл.3).

Таблица 3

Характеристика групп с разным ApoE генотипом в зависимости от уровня успеваемости в школе и профессионального роста

$p < 0,05$ – различия статистически значимы

Группы	Группа в целом, n=134					Дети, n=110					Сибсы, n=24				
	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
	83	61,9	51	38,1		68	61,8	42	38,2		15	62,5	9	37,5	
Показатели															
Успеваемость в школе															
– отличная	19	22,9	7	13,7	0,2	14	20,7	5	11,9	0,2	5	33,3	2	22,2	0,3
– хорошая	54	65,1	32	62,7	0,3	46	67,5	30	71,4	0,7	8	53,3	2	22,2	0,1
– посредственная	10	12,0	12	23,5	0,08	8	11,8	7	16,7	0,5	2	13,3	5	55,5	0,02
Профессиональный рост															
– есть (был)	48	57,8	27	52,9	0,6	41	60,3	22	52,4	0,2	7	46,7	5	55,6	0,7
– нет (не было)	35	42,2	24	47,1	0,6	27	39,7	20	47,6	0,2	8	53,3	4	44,4	0,7

Частота моно- и мультимодальной конституциональной недостаточности когнитивных функций в анамнезе (трудности усвоения точных наук, запоминания цифрового материала, имен и фамилий, трудности ориентировки в пространстве и запоминания лиц, затруднения усвоения мануальных навыков, «корявость» почерка, моторная неловкость) в зависимости от ApoE генотипа в группах детей и сибсов, а также в группе в целом представлена в Таб.14. В группе в целом частота разных видов когнитивной конституциональной недостаточности не различалась статистически значимо у лиц с генотипом ApoE4(-) и с генотипом ApoE4(+), в 73,5% и 60,8% случаев соответственно. Также не было значимых различий (как у детей, так и у сибсов) по частоте встречаемости единичных и множественных видов недостаточности в зависимости от генотипа ApoE4(±) (табл.4).

Таблица 4

Сравнительная частота встречаемости различных видов конституциональной когнитивной недостаточности в группе в целом, в группах детей и сибсов в зависимости от ApoE генотипа

$p < 0,05$ – различия статистически значимы

Группы	Группа в целом, n=134					Дети, n=110				Сибсы, n=24				
	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		ApoE4(-)		ApoE4(+)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
	83	61,9	51	38,1		68	61,8	42	38,2	15	62,5	9	37,5	
Показатели														
Частота различных видов конституциональной недостаточности когнитивных функций в анамнезе:														
– отсутствие	22	26,5	20	39,2		26	38,2	17	40,5	7	46,7	3	33,3	0,5
– 1 вид	20	24,1	15	29,4		15	22,1	13	30,9	5	33,3	2	22,2	0,6
– 2 вида	16	19,3	10	19,6		11	16,2	8	19,0	2	8,3	2	22,2	0,6
– 3 и более видов	25	30,1	6	11,7		16	23,5	4	9,5	1	6,7	2	22,2	0,3
Всего с наличием различных видов недостаточности	61	73,5	31	60,8		42	61,8	25	59,2	8	53,3	6	66,7	0,5

Виды конституциональной когнитивной недостаточности функций в зависимости от ApoE генотипа

В группе в целом трудности запоминания цифрового материала и усвоения мануальных навыков значимо чаще отмечены у лиц с генотипом ApoE4(+), ($p=0,03$ и $p=0,02$ соответственно) (табл. 5). Трудности усвоения точных наук, запоминания имен и фамилий, трудности ориентировки в пространстве и запоминания лиц, «корявость» почерка и моторная неловкость также чаще встречались у лиц с генотипом

ApoE4(+), но различия незначимы. Как у детей, так и у сибсов – носителей генотипа ApoE4(+), выявлена большая частота практически всех выше перечисленных видов конституциональной когнитивной

недостаточности, однако эти различия не достигали статистической значимости. Среди детей больных БА различий в частоте таких признаков, как «трудности запоминания лиц» и «моторная неловкость» в зависимости от ApoE4 (+) генотипа не установлено.

Таблица 5

Сравнительная частота разновидностей когнитивной конституциональной недостаточности в группе в целом, в группах детей и sibсов в зависимости от ApoE4 генотипа
 $p < 0,05$ – различия статистически значимы

Группы	Группа в целом, n=134					Дети, n=110					Сибсы, n=24				
	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Показатели	83	61,9	51	38,1		6	61,8	4	38,2		1	62,5	9	37,5	
Разновидности конституциональной недостаточности когнитивных функций															
Трудности усвоения точных наук	17	20,3	12	23,5	0,7	1	16,1	8	19,0	0,3	6	40,0	4	44,4	0,5
Трудности запоминания цифрового материала	16	31,4	18	35,3	0,03	1	20,6	1	35,7	0,08	2	13,3	3	33,3	0,2
Трудности запоминания имён и фамилий	24	28,9	18	35,3	0,3	2	27,7	1	38,1	0,6	1	6,7	2	22,2	0,1
Затруднения ориентировки в пространстве	15	18,1	16	31,4	0,07	1	22,0	1	33,3	0,2	1	6,7	2	22,2	0,1
Трудности запоминания лиц	13	15,7	9	17,6	0,8	1	17,6	7	16,7	0,9	1	6,7	2	22,2	0,1
Затруднения усвоения мануальных навыков	15	18,1	22	43,1	0,02	1	27,9	1	42,9	0,1	3	20,0	3	33,3	0,5
«Корявость» почерка	5	6,0	5	9,8	0,4	4	5,9	4	9,5	0,6	1	6,7	1	11,1	0,7
Моторная неловкость	10	12,0	7	16,7	0,8	8	11,8	5	11,9	0,9	2	13,3	2	22,2	0,6

При объективном клиническом обследовании у значительной части обследованных выявлены когнитивные нарушения, не достигавшие синдромального или нозологического уровня. Из 122 чел. нарушение концентрации внимания в статусе отмечено в 36,9% случаев, различий между группами детей и sibсов по этому признаку не установлено. Ассоциации нарушения концентрации внимания с генотипом ApoE в группах также не отмечено (табл.6).

Таблица 6

Сравнительная частота когнитивных нарушений в группе в целом, в группах детей и sibсов в зависимости от ApoE генотипа по данным клинического обследования
 $p < 0,05$ – различия статистически значимы

Группы	Группа в целом, n=122				Дети, n=106				Сибсы, n=16					
	ApoE4(-)		ApoE4(+)		ApoE4(-)		ApoE4(+)		p	ApoE4(-)		ApoE4(+)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Показатели	75	61,5	47	38,5	66	54,2	40	37,7		9	56,2	7	43,8	
Когнитивные нарушения при объективном обследовании														
Нарушение концентрации внимания	28	37,3	17	36,2	25	37,9	15	37,5	1,0	3	33,3	2	28,6	0,8
Трудности усвоения новой информации	27	36,0	15	31,9	24	36,4	12	30,0	0,5	3	33,3	3	42,6	0,5
Трудности припоминания событий отдалённых лет	9	12,0	7	14,9	6	9,0	6	15,0	0,4	3	33,3	1	14,3	0,6

Трудности запоминания новой информации в общей группе родственников установлены в 34,4% случаев (у 33,9% детей и у 37,5% сибсов), их продолжительность колебалась от 2 до 10 лет. В группе в целом ассоциации с ApoE генотипом не установлено. В группе детей трудности усвоения новой информации в 1,2 раза чаще ($p=0,5$) отмечались у лиц с генотипом ApoE4(-). Напротив, в группе сибсов в 1,3 раза чаще они выявлялись у родственников с генотипом ApoE4(+) ($p=0,5$ – различия незначимы) (табл.6).

Затруднения в воспроизведении событий отдалённого прошлого (в течение 2-10 последних лет к моменту обследования) отмечалось в общей группе в 13,1% случаев (у 11,3% детей и 25,0% у сибсов), причем частота указанной патологии не зависела от генотипа ApoE. В группе детей эти нарушения наблюдались в 1,7 раза чаще у родственников с генотипом ApoE4(+) ($p=0,4$), а в группе сибсов – в 2,3 раза чаще у лиц с генотипом ApoE4(-) ($p=0,6$). Все указанные различия не достигали статистической значимости (табл.6).

Заключение

Проведенное исследование позволило оценить значимость генетического фактора риска ApoE 4(+) для формирования когнитивной недостаточности у родственников 1 степени родства пациентов с БА.

Частота носительства ApoE4(+) генотипа среди родственников 1 степени родства больных БА оказалась намного выше (38,1%), чем в выборках людей без признаков деменции, у которых частота $\epsilon 4$ аллеля ApoE гена составляет от 10 до 15%. Значимых различий в частоте синдрома МСИ, психоорганического синдрома и депрессивных реакций дезадаптации у родственников больных БА в зависимости от ApoE генотипа не установлено. В группе сибсов – носителей ApoE4(+) генотипа выявлена значимая ассоциация ApoE4(+) генотипа с низким уровнем успеваемости в школе. Частота признаков, свидетельствующих о конституциональной недостаточности когнитивного функционирования, не имела статистически значимой ассоциации с ApoE4(+) генотипом.

Указанные клиничко-психологические особенности когнитивной деятельности родственников 1 степени родства больных БА могут считаться прогностически значимыми предикторами появления и/или прогрессирования когнитивного дефицита. Они должны стать основой для разработки коррекционно-реабилитационного воздействия, направленного на профилактику возникновения и/или ухудшения мнестико-интеллектуального функционирования среди лиц с наиболее высоким риском развития деменции, обусловленной БА, или иных нейродегенеративных заболеваний, приводящих к развитию слабоумия.

Список литературы

1. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клиничко-эпидемиологическое исследование). Вестник РАМН. 2002;9:15-20.
2. Saunders A.M., Strittmatter W.J., Schmechel D. et al. Association of apolipoprotein E allele epsilon 4 with late onset familial and sporadic Alzheimer's disease. Neurology. 1993;43:1467-1472.
3. Rebeck G.W., Reiter J.S., Strickland K. et. al. Apolipoprotein E in sporadic Alzheimer's disease: allelic variation and receptor interaction. Neuron. 1993;11:575-580.
4. Farrer L.A. Genetics and the dementia patient. Neurologist. 1997;3:13-30.
5. Коровайцева Г.И., Щербатых Т.В., Селезнева Н.Д., Гаврилова С.И., Голимбет В.Е., Воскресенская Н.И., Погаев Е.И. Генетическая ассоциация между аллелями гена аполипопротеина E (APOE) и различными формами болезни Альцгеймера. Генетика. 2001;37(4):529-533.
6. Payami H., Grimsliid H., Oken B. et al. A prospective study of cognitive health in the elderly (Oregon Brain Aging Study): effects of family history and apolipoprotein E genotype. Am J Hum Genet. 1997;60:948-956.
7. Cupples L.A., Farrer L.A., Sadovnick A.D. et al. Estimating risk curves for first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease: the REVEAL study. Genet Med. 2004;6:192-196.
8. Caselli R.J., Reiman E.M., Osborne J.G. et al. Longitudinal changes in cognition and behavior in asymptomatic carriers of the APOE e4 allele. Neurology. 2004;62:1990-1995.
9. Levy J.A., Bergeson J., Putnam K. et al. Context-specific memory and apolipoprotein E (APOE) epsilon 4: cognitive evidence from the NIMH prospective study of risk for Alzheimer's disease. J Int Neuropsychol Soc. 2004;10:362-370.

10. Sager M.A., Hermann B., La Rue A. Middle-aged children of persons with Alzheimer's disease: APOE genotypes and cognitive function in the Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2005;18(4):245-249.
11. Величковский Б.М., Боринская С.А., Варганов А.В., Величковский Б.Б., Гаврилова С.И., Прохорчук Е.Б., Рогаев Е.И., Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д. Нейрокогнитивные особенности носителей аллеля ε4 гена аполипопротеина Е (APOE). Теоретическая и экспериментальная психология. 2009;2(4):25-37.
12. Рощина И.Ф., Величковский Б.Б., Селезнева Н.Д., Чудина Ю.А., Меликян З.А. Пластичность когнитивных функций у носителей аллеля ε4 гена алипопротеина Е. Психиатрия. 2009;4(6):58-66.

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

АНАЛИЗ ВЕДУЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бражникова А.Н., Мхитарян А.К.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Исследования, проводимые ранее, доказывают, что распространенность основных стоматологических заболеваний среди школьников свыше 70% и изучение их распространенности приобретает особую актуальность [2, 3]. Исходя из выше сказанного, одной из важных государственных социальных задач была и остается - снижение качества «стоматологического здоровья» у детей школьного возраста [1, 4].

Цель работы - выявление ведущих стоматологических заболеваний у детей школьного возраста проживающих в г. Ставрополе.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в городской детской стоматологической поликлинике и в школе №6 г. Ставрополя. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ состояния зубов, тканей пародонта, а также аномалий и деформаций зубочелюстной системы у 182 школьников в период с 2017 по 2019 годы. Сведения о состоянии стоматологического здоровья пациентов были получены в результате выкопировки данных из 182 медицинских карт стоматологических больных (ф.№043/у).

Результаты и выводы. Проведенная сравнительная оценка характера стоматологической патологии у школьников показала, что в 2017 - 2019 гг. ведущей в структуре стоматологических заболеваний была патология твердых тканей зубов, заболеваний пародонта и аномалий и деформаций зубочелюстной системы (до 48,3%, 24,4% и 38,1%), несмотря на высокую доступность стоматологической помощи (таблица).

Определение ведущей стоматологической патологии у школьников
в 2017 - 2019 гг. (%)

Год	Нозологическими формы				
	Кариес	Осложненный кариес	Аномалии и деформации зубо-челюстной системы	Заболевания слизистой оболочки	Болезни пародонта
2017-2019	48,3	17,5	38,1	20,7	24,4

Остаются высокими показатели заболеваний слизистой оболочки полости рта (20,7%). Вместе с тем, несмотря на широкую распространенность патологии пародонта, обращаемость пациентов за медицинской помощью остается сравнительно невысокой. Это определяется как низкой медицинской, санитарно-гигиенической грамотностью и активностью населения, так и недостатками в организации стоматологической помощи, что связано с рядом объективных факторов социального и экономического характера [5].

Из этого следует необходимость профилактики стоматологических заболеваний общепризнанной, поэтому всем детям, первично обратившимся в стоматологическую поликлинику, необходимо проводить активную разъяснительную работу по выполнению ими тщательной гигиены полости рта с использованием профилактических средств, рассказывать о ведущей роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта. Обращать особое внимание на качество ухода за полостью рта, показывать различные способы и методы ухода за полостью рта.

Выводы. В профилактике стоматологических заболеваний основная роль должна отводиться деятельности детских стоматологов при обязательном участии отделов народного образования, санитарно-эпидемиологической службы, домов санитарно-просветительской работы, женских консультаций, детских поликлиник, дошкольных детских учреждений и школ.

Список литературы

1. Бражникова А.Н., Гаража С.Н., Шилова С.Г., Гришилова Е.Н. Роль эргономики в работе врача-стоматолога и профилактики профессиональных заболеваний. Актуальные вопросы клинической стоматологии Сборник научных работ – Ставрополь, 2015. С. 58-60.
2. Доменюк Д.А., Карслиева А.Г., Ведешина Э.Г., Кочконян А.С., Бражникова А.Н., Готлиб А.О. Совершенствование диагностики аномалий и деформаций у детей в период сменного прикуса. Актуальные вопросы клинической стоматологии Сборник научных работ. 2015. С. 109-112.
3. Мажаров В.Н., Бражникова А.Н., Мхитарян А.К., Варуха А.П. Актуальные аспекты профилактики стоматологических заболеваний/"Dental Forum" №4 (67) 2017г. С.50-51
4. Мхитарян А.К., Бражникова А.Н., Лавриненко В.И., Эртувханов М.З. Обоснование необходимости внедрения образовательных гигиенических программ в школах (на примере г. Ставрополя). Актуальные вопросы медицины в современных условиях. / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 5. г. Санкт-Петербург, 2018, 66-68с.
5. Мхитарян А.К., Агранович Н.В., Касимова Г.В., Мордасов Н.А. Сравнительный анализ степени обеспеченности стоматологической помощью детей дошкольного возраста г. Ставрополя и Ставропольского края./Новое в теории и практике стоматологии. Материалы XV форума учёных Юга России в рамках научной конференции сборник научных работ: Ставрополь, 2016г.

АНАЛИЗ НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ВИДОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. СТАВРОПОЛЯ

Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь

Внимание геронтологов все больше привлекают не только социальные и психологические аспекты старения, но и вопросы нуждаемости лиц пожилого возраста в различных видах медицинской помощи и ее доступности [2]. Согласно последним научным наблюдениям наблюдается стойкая тенденция к увеличению продолжительности жизни населения. По данным различных исследований и анализа литературы выявлена значительная распространенность основных стоматологических заболеваний среди пожилого населения, а так же высокая нуждаемость в специализированной медицинской помощи [1, 3].

Цель работы - анализ наиболее приоритетных видов лечебно-профилактических мероприятий оказываемых пожилому населению г. Ставрополя.

Материал и методы исследования. Нами было проведено эпидемиологическое стоматологическое обследование на базе стоматологической поликлиники СтГМУ, в котором приняли участие пациенты в возрасте 60-70 лет (50 карт) и 71-80 лет (40 карт). Для оценки распространенности основных стоматологических заболеваний пользовались критериями, предложенными ВОЗ. Для определения интенсивности кариеса использовали индекс КПУ (компоненты «К» - кариозный, «П» - пломбированный, «У» - удаленный). Статистические материалы обработаны по методу Стьюдента с использованием критерия 1.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе обследования установлена высокая распространенность кариеса в обеих возрастных группах, интенсивность которого, согласно индексу КПУ, возрастала с увеличением возраста на 2-3 единицы. У 60 – 70 - летних пациентов индекс КПУ составил в среднем 18,9, при этом не леченых зубов (показатель «К») было 3,1; пломбированных 7,2 и удаленных 8,9. В возрастной группе 71-80-летних пациентов индекс КПУ составил 21,3, при этом показатель «К» был 2,7; показатель «П» - 6,5, показатель же удаленных зубов вырос до 11,3. Данные анализа структуры индекса КПУ показали, что с увеличением возраста растет удельный вес удаленных зубов с 46,9% до 64,9%, и уменьшается доля кариозных и пломбированных зубов с 19,6% до 7,5% и с 37,2% до 27% соответственно. На основании этого можно предположить, что для пожилого населения основным методом при оказании стоматологической помощи является хирургический - удаление зубов.

Выводы. В результате обследования выявлена высокая интенсивность кариозных поражений среди пациентов обеих групп (3,1 и 2,7 соответственно), обращающегося за стоматологической помощью, и предположить, что чаще оказывается хирургическая стоматологическая помощь - удаление зубов (8,9 и 11,3 соответственно). А также определить основную направленность профилактических мероприятий. Обследование показало, что необходимость разработки адекватной программы профилактики стоматологических заболеваний по-прежнему актуальна. Стоматологи должны принимать в расчет, что интенсивные усилия, вложенные в профилактику и восстановительную стоматологию, в результате приведут к тому, что у пожилых пациентов будет увеличенное количество сохранившихся зубов.

Список литературы

1. Мажаров В.Н., Бражникова А.Н., Мхитарян А.К., Варуха А.П. Актуальные аспекты профилактики стоматологических заболеваний/"Dental Forum" №4 (67) 2017г. С.50-51
2. Мхитарян А.К., Бражникова А.Н., Семенов Р.М., Савельев П.А. Определение уровня мотивации трудоспособного населения г. Ставрополя на проведение мероприятий связанных с индивидуальной профилактикой кариеса зубов/ Основные проблемы в современной медицине./Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 4. г. Волгоград, 2017. С.41-43
3. Мхитарян А.К., Бражникова А.Н. Необходимость внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний у лиц пожилого возраста г. Ставрополя/научно-практическая конференция стоматологов СКФО (к 80-летию Курьянова Александра Константиновича). Ставрополь, 2019 г. С. 250-252

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. СТАВРОПОЛЕ

Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра организации стоматологической помощи, менеджмента и профилактики стоматологических заболеваний, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Проведившиеся ранее исследования (Агранович Н.В., Мхитарян А.К., 2012г.) показали, что распространенность основных стоматологических заболеваний среди детей школьного возраста составляет свыше 70% [1,3]. В связи с этим, в настоящее время изучение распространенности основных стоматологических заболеваний приобретает особую актуальность [1, 4]. Одной из важных государственных социальных задач является повышение качества «стоматологического здоровья» среди детей школьного возраста [2].

Цель работы - определение наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний среди детей школьного возраста, проживающих в г. Ставрополе.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе ГБУЗ СК Городской клинической детской стоматологической поликлиники г. Ставрополя. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ состояния зубов и пародонта у 300 детей в период с 2017 по 2019 годы. Посредством выкопировки данных из 300 медицинских карт стоматологических больных (ф.№043/у) были получены сведения о состоянии стоматологического здоровья пациентов.

Результаты и их обсуждения. В результате проведенных исследований нами установлено, что в настоящее время ведущей формой патологии является кариес зубов и его осложнения (54,06% и 16,87% соответственно). Остаются высокими показатели заболеваний пародонта (до 10,56%), болезней слизистой оболочки полости рта (до 8,54%). Вместе с тем, несмотря на широкую распространенность патологии пародонта, обращаемость пациентов за медицинской помощью остается сравнительно невысокой (26%). Это определяется как низкой медицинской, санитарно-гигиенической грамотностью и активностью населения, так и недостатками в организации стоматологической помощи, что связано с рядом объективных факторов социального и экономического характера [1, 2].

Характеристика структуры патологии, потребовавшей стоматологической помощи в краевой детской больнице г. Ставрополя в 2017-2019гг. (%)

Год	Нуждаются в санации	Нозологическими формы					Итого
		Кариес	Осложненный кариес	Некариозные поражения	Заболевания слизистой оболочки	Болезни пародонта	
2017-2019	7827	54,06	16,87	9,84	8,54	10,69	100,0

Из этого следует необходимость внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний, которая должна включать в себя активную разъяснительную работу по выполнению детьми и их родителями тщательной гигиены полости рта с использованием профилактических средств, рассказывать о ведущей роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта [3, 4]. Обращать особое внимание на качество ухода за полостью рта, показывать различные способы и методы ухода за полостью рта.

Заключение. В профилактике стоматологических заболеваний основная роль должна отводиться деятельности детских стоматологов при обязательном участии отделов народного образования, санитарно-эпидемиологической службы, домов санитарно-просветительской работы, женских консультаций, детских поликлиник, дошкольных детских учреждений и школ.

Список литературы

1. Агранович Н.В., Мхитарян А.К., Агранович В.О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста/ Вестник Ставропольского государственного Университета. Научный журнал. – 2012. – Выпуск 80 (3). – С. 234 - 237.
2. Бражникова А.Н., Гаража С.Н., Шилова С.Г., Гришилова Е.Н. Роль эргономики в работе врача-стоматолога и профилактики профессиональных заболеваний. Актуальные вопросы клинической стоматологии Сборник научных работ – Ставрополь, 2015. С. 58-60.
3. Мхитарян А.К., Агранович Н.В. Вопросы организации профилактических мероприятий стоматологических заболеваний и взаимосвязь между состоянием тканей пародонта и уровнем индивидуальной гигиены полости рта/Российский стоматологический журнал. 2014. № 2. С. 51-53.
4. Мхитарян А.К., Агранович Н.В. Оценка критериев повышения оказываемой стоматологической помощи жителям ставропольского края/ «Современные проблемы науки и образования» – 2014. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/120-15562> (дата обращения: 24.11.2014).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА

Соловьева О.А., Мхитарян А.К., Бражникова А.Н.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет

Проблема лечения хронических форм периодонтита является весьма актуальной. По данным литературы, пациенты с различными формами периодонтита составляют 30-40% от общего числа обратившихся за стоматологической помощью [1, 3].

Целью исследования - повышение эффективности лечения обострившегося верхушечного периодонтита путем применения лазерного аппарата «Оптодан» в сочетании с предварительной медикаментозной обработкой корневых каналов раствором велтосепт и пломбированием их пастой.

Материалы и методы. Исследования проводились в два этапа: экспериментальный, включающий в себя микробиологическое исследование и клинический (клинико-рентгенологическое и иммунологическое исследования).

В ходе экспериментального этапа было изучено влияние велтосепта на штаммы различных микроорганизмов, определена минимальная подавляющая концентрация велтосепта в отношении представителей микрофлоры полости рта [3, 4]. Велтосепт – антисептик, обладающий пролонгированным антимикробным эффектом. В микробиологическом исследовании были использованы 50 штаммов микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* - 20, *Streptococcus aureus* - 20, *E. coli* - 10. Размножение культур осуществлялось при $t = 37^{\circ}\text{C}$ в течение 24-48 часов. Определение минимальной бактерицидной концентрации велтосепта проводилось суспензионным методом, антимикробная активность изучалась методом дисков (Тарасевич Л.А., 1989).

Для проведения клинического этапа были обследованы 250 пациентов с острыми и обострившимися хроническими верхушечными формами периодонтитов в возрасте от 20 до 49 лет (129 мужчин и 121 женщин).

Пациенты были поделены на 5 групп по 50 человек:

1-я группа – составляли пациенты с острыми явлениями стадии интоксикации (ОВПСИ), 2-я группа - с острыми явлениями в стадии эксудации (ОВПСЭ).

И с различными формами обострившихся хронических верхушечных периодонтитов: 3-я группа - фиброзного (ОХВФП); 4-я группа - гранулирующего (ОХВГрП); 5-я группа - гранулематозного (ОХВГП).

В каждой группе было применено пять идентичных методов лечения. Вначале проводилась инструментальная обработка с очищением и расширением корневых каналов зубов профайлами эндодонтических наконечников с пониженной скоростью до 150-350об/мин.

У пациентов 1 группы при различных формах заболеваний периодонта медикаментозная обработка корневых каналов проводилась 0,05% раствором хлоргексидина, каналы пломбировались цинк-эвгеноловой пастой.

Пациентам 2 группы с различной патологией периодонта медикаментозную обработку корневых каналов проводили 0,2% раствором велтосепта, каналы пломбировались предложенной нами велтосепта - пастой.

Пациентам 3 группы с различными формами периодонтитов медикаментозную обработку корневых каналов проводили 0,2% раствором велтосепта с последующей обработкой их ультразвуком аппарата «Амдент УС 30» с быстросъемными наконечниками эндо W 70/70, W 90/90, W 110/110, ЧАСТОТА 24-28 кГц. Озвучивание велтосепта в канале обеспечивает разрушающее действие клеточных оболочек бактерий, запускает химические реакции в среде ирриганта, что способствует дезинфекции канала и растворению органических соединений. Пломбирование каналов проводилось велтосепт - пастой.

У пациентов 4 группы с различными формами периодонтитов медикаментозную обработку корневых каналов проводили 0,2% раствором велтосепта. Для купирования воспалительного процесса нами применен лазерный аппарат «Оптодан». Данные процедуры проводились чрезкожно в проекции верхушки леченого зуба по 4-6 минут. Курс лечения от 2-3 сеансов до 10 в зависимости от клинических проявлений в периодонте. Корневые каналы пломбировались велтосепт - пастой с гидроксиапатитом.

Пациентам 5 группы с различными формами острых и обострившихся хронических верхушечных форм периодонтитов медикаментозную обработку корневых каналов зубов проводили 0,2% озвученным раствором велтосепта, лазерным аппаратом «Оптодан», каналы пломбировались велтосепт - пастой с гидроксиапатитом, предварительно заапикально вводили суспензию 0,2% раствора велтосепта с гиалуостом.

Результаты исследования. Проведенное исследование по изучению эффективности использования велтосепта и велтосепта с лазерным аппаратом «Оптодан» показало, что наибольшей антимикробной активностью обладали растворы велтосепта с минимальной подавляющей концентрацией 0,2% для представителей микрофлоры полости рта, а также тест-объекты, импрегнированные велтосепта в сочетании с обработкой их лазерным аппаратом «Оптодан», меньшую бактерицидную активность проявил собственно велтосепт, но он превосходил по антимикробной активности хлоргексидин [2,3].

В результате проведенных исследований был определен также микробный состав корневых каналов зубов у больных с острыми явлениями в периодонте. Он был представлен анаэробными грамположительными кокками (10,7%), аэробными грамположительными кокками (23,20%), анаэробными грамотрицательными кокками (26,80%), аэробными грамотрицательными палочками (14,30%), анаэробными грамотрицательными палочками (25,0%).

При воздействии на микроорганизмы корневых каналов верхушечных периодонтитов санация корневых каналов зубов была достигнута только после их обработки 0,1% и 0,2% раствором велтосепта и 0,1% и 0,05% раствором велтосепт в сочетании с лазерным аппаратом «Оптодан» [3, 4].

Сравнительная оценка эффективности лечения хронических форм периодонтита у больных с применением различных лечебных комплексов показала, что явления воспаления значительно чаще и быстрее купировались с применением лазерного аппарата «Оптодан» при острых верхушечных периодонтитах и при обострившихся хронических верхушечных периодонтитах. Анализ результатов лечения острого и обострившегося хронического периодонтита в ближайшие сроки (1-5 дней) с использованием различных эндодонтических пломбировочных материалов позволил установить, что осложнений со стороны периодонта не возникало при пломбировании каналов велтосепт - пастой с гидроксиапатитом и предварительной обработкой каналов лазерным аппаратом «Оптодан», где эффективность лечения достигла 100%. Наихудшие результаты наблюдались при эндодонтическом пломбировании цинк-эвгеноловой пастой, так как осложнения со стороны периодонта исследуемых зубов составляли в первой группе $60 \pm 15,5\%$, во второй и третьей группах $50,0 \pm 15,8\%$, в четвертой в $60,0 \pm 15,5\%$ и в пятой в $70,0 \pm 17,5\%$ случаев наблюдений.

Выводы. Таким образом, в ходе экспериментального микробиологического исследования установлена высокая антибактериальная активность антисептика велтосепт в озвученной среде на микрофлору макро- и микроканалов зубов при различных формах ОВП и ОХВП. МПК велтосепта в отношении представителей различных видов микрофлоры корневых каналов зубов равна 0,2%. Применение лазерного аппарата «Оптодан» до и после пломбирования корневых каналов способствовало купированию воспалительного процесса в апикальном периодонте при лечении различных форм ОВП и ОХВП.

На основании проведенных экспериментальных и клинических исследований разработан, апробирован и внедрен в стоматологическую практику новый модифицированный способ лечения острых и хронических обострившихся верхушечных периодонтитов с применением антисептика велтосепт и лазерного аппарата для санации системы корневых каналов с последующим пломбированием с использованием велтосепт - пасты с гидроксиапатитом.

Список литературы

1. Батчаева Д.Д., Демина К.Ю., Бражникова А.Н. Применение комбинаций препаратов «Мепацил» и «Найз» (нимесулид) при лечении обострившегося хронического гранулирующего периодонтита/ Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ - Ставрополь. 2014.- С. 97-101.
2. Мхитарян А.К. Сравнительный анализ лечения хронических деструктивных верхушечных периодонтитов поликомпонентными пастами». Ставрополь 2006.-10 с.
3. Соловьева О.А., Мхитарян А.К., Макарова М.В., Наурузова А.Р., Теунаева А.А. Результаты комплексного лечения хронических периодонтитов с применением лазерного аппарата нового поколения./Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ - Ставрополь. 2014.- С. 181-184.
4. Соловьева О.А., Алфимова О.А. Применение «Велтолена» для медикаментозной обработки корневых каналов и в составе эндодонтических паст при лечении деструктивных форм периодонтита. Ставрополь 2006.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПЕЧЕНИ

Спиридонова О.И., Карпунина А.В., Малов И.В., Куприянова Л.Ю., Миллер Ю.В.

/Spiridonova O.I, Karpunina A.V., Malov I.V., Kupriyanova L.YU., Miller YU.V/

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

*/Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
"Chuvash State University named after I.N. Ulyanova"/*

Ключевые слова: печень, слизистая оболочка полости рта, патология, кровоточивость десен, расстройства органов пищеварения, сухость кожи, высыпания, трещинки в углах рта.

Аннотация. Статья посвящена взаимосвязи между заболеваниями слизистой оболочки полости рта и систематической патологией печени.

Key words: liver, oral mucosa, pathology, gum bleeding, digestive disorders, dry skin, rashes, cracks in the corners of the mouth.

Abstract. The article is devoted to the relationship between diseases of the oral mucosa and systematic liver pathology.

Связь полости рта и печени обнаруживается еще в эмбриогенезе. Оба органа – производные одной основы – энтодермальной выстилки первичной кишечной трубки. Их связь устойчива на протяжении всей жизни. При нарушении функции одного органа, несомненно будет изменяться и функция другого. Слизистая оболочка полости рта и кожа представляют собой систему, которая, кроме выполнения основных функций, считается своеобразным «зеркалом», с их помощью можно оценить состояние печени и получить важную информацию о нарушении ее функций. Сбои печени, сопровождающейся желтухой, представлены иктеричностью слизистой оболочки в области границы твердого и мягкого неба, задолго до проявления ее в других отделах тела, например: локальная коричневая окраска в подмышечных впадинах, из-за накопления меланина. Хроническая печеночная недостаточность проявляется специфическим «печеночным запахом» изо рта, причиной которого является выделение меркаптана в связи с нарушением обмена метионина в

печени. Эпидемический или вирусный гепатит проявляется в полости рта сухостью слизистой оболочки, желтушное окрашивание в области твердого и мягкого неба, и самые важные признаки: желтушное окрашивание выводных протоков и выраженная кровоточивость десен. Цирроз печени, характеризуется иктеричностью слизистой оболочки мягкого неба, привкус горечи, проявление сосудистого рисунка в области мягкого неба и жжение в полости рта, а также на коже проявляется классические признаки: сосудистые «звездочки», зуд, расчесы, белые участки на ногтях. Признак при нехватке витаминов, развивающийся из-за печеночного поражения: «лакированный» малиновый язык. В связи с этими вышеперечисленными признаками стоматологическая помощь больным с данной патологией приобретает большую практическую значимость и ставит перед врачами-стоматологами новые задачи. Именно врач-стоматолог при правильно проведенном обследовании и сборе анамнеза может первым заподозрить то или иное заболевание печени.

Цель работы: комплексная оценка основных проявлений заболевания печени и желчевыводящих путей на коже и слизистой оболочке полости рта, установить % пациентов у которых врачи - стоматологи продиагностировали заболевания печени, сравнить полученные данные из города Павлова и города Чебоксары, а также провести беседу с пациентами с целью профилактических мер.

Материалы и методы.

Исследовательская работа была проведена в двух городах. Первым был город Павлово, исследование было проведено на базе «Павловской Центральной Районной больницы», в хирургическом и терапевтическом стоматологическом отделении, где проводился опрос между врачами хирургами в количестве 3 человек и врачами - стоматологами в количестве 5 человек, а также между пациентами в количестве 10 человек.

Вторым был город Чебоксары, исследование было проведено на базе «ГКБ №1» и «ГСП №2», в хирургическом и в терапевтическом стоматологическом отделении, где так же был проведен опрос между врачами хирургами в количестве 3 человек и врачами - стоматологами в количестве 5 человек, а также между пациентами в количестве 10 человек.

В ходе исследовательской работы был проведен опрос пациентов и врачей-стоматологов, в городе Павлово и в городе Чебоксары, в виде анкетирования, а также визуальный осмотр всех исследуемых пациентов.

Результаты и обсуждение.

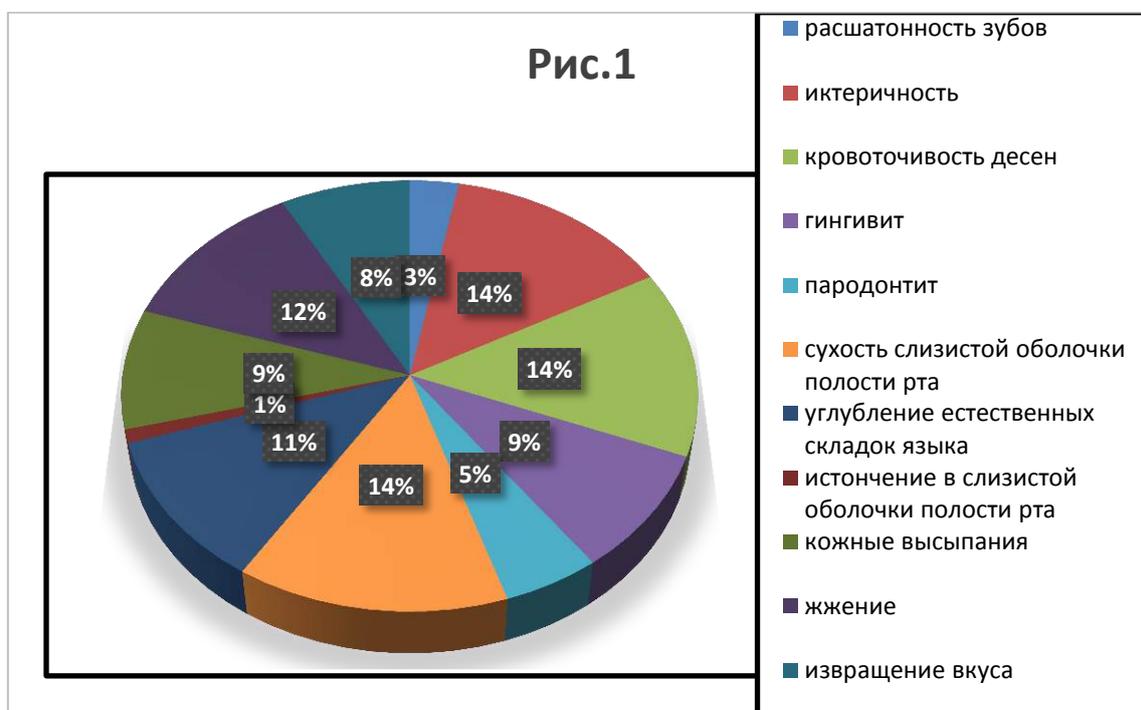
По данным вопросам был выявлен процент проявления заболевания печени на коже и на слизистой оболочке полости рта. Результаты анкетирования, при опросе пациентов с патологией печени в хирургическом отделении (Табл.1). Частота встречаемости симптомов в двух городах, при осмотре пациентов с патологией печени в хирургическом отделении (рис.1), частота встречаемости основных симптомов в г. Павлово (рис.2), в г. Чебоксары (рис.3). Процент врачей стоматологов, диагностирующих заболевания печени в двух городах(рис.4), в г. Павлово(рис.5), в г. Чебоксары(рис.6).

Табл.1

1.Когда диагностировали заболевание печени?			2.Какое диагностировали заболевание?			3.Жалобы на коже и полости рта?		
Павлово		Чебоксары	Павлово		Чебоксары	Павлово		Чебоксары
6 чел.	Менее 5 лет назад	5 чел.	1 чел.	Цирроз печени	2 чел.	8 чел.	Жжение	9 чел.
2 чел.	Менее 10 лет назад	3 чел.	0 чел.	Гепатит В	2 чел.	10 чел.	Сухость СОПР	10 чел.
2 чел.	Более 10 лет назад	2 чел.	2 чел.	Печеночная недостаточность	1 чел.	5 чел.	Извращение вкуса	7 чел.
			7 чел.	Увеличение печени	5 чел.	9 чел.	Кровоточивость десен	10 чел.
						3 чел.	Расшатанность зубов	2 чел.
						6 чел.	Высыпание на коже	8 чел.

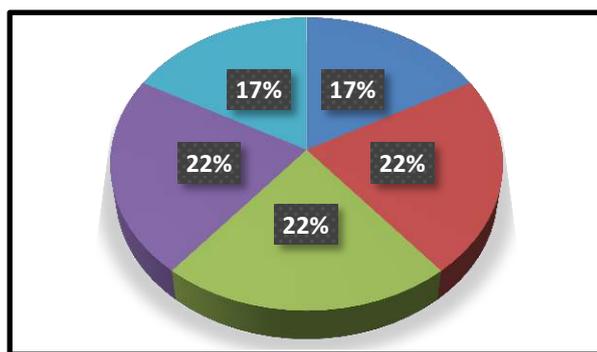
4.Обрацались ли с данными жалобами к стоматологу?			5.При обращении к стоматологу с выше указанными жалобами интересовался ли он с наличием соматических заболеваний?		
Павлово		Чебоксары	Павлово		Чебоксары
5 чел.	Да	6 чел.	2 чел.	Да	3 чел.
5 чел.	Нет	4 чел.	1 чел.	Нет	2 чел.
			2 чел.	Не помню	1 чел.

6.Кто первым заподозрил у вас заболевание печени?			7.Вы заметили улучшение после лечения у врача-стоматолога?		
Павлово		Чебоксары	Павлово		Чебоксары
1	Врач-стоматолог	2	5	Да	8
7	Врач общей практики	7	4	Нет	2
2	Интернет	1	1	Стало хуже	0



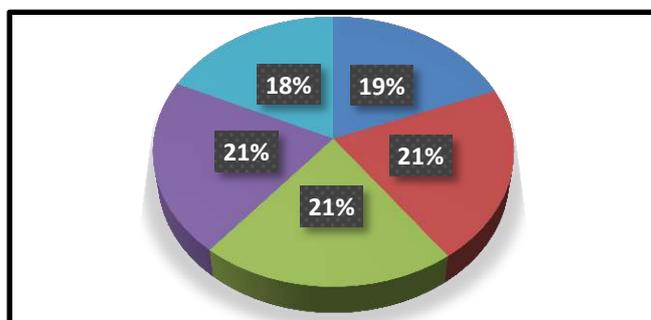
Заключение: чаще всего проявлениями в полости рта являются: 1.иктеричность; 2. кровоточивость десен; 3.сухость слизистой оболочки полости рта; 4. жжение; 5. углубление естественных складок.

Рис.2



- углубление естественных складок
- иктеричность
- кровоточивость десен
- сухость слизистой оболочки полости рта
- жжение

Рис.3



- углубление естественных складок
- иктеричность
- кровоточивость десен
- сухость слизистой оболочки
- жжение

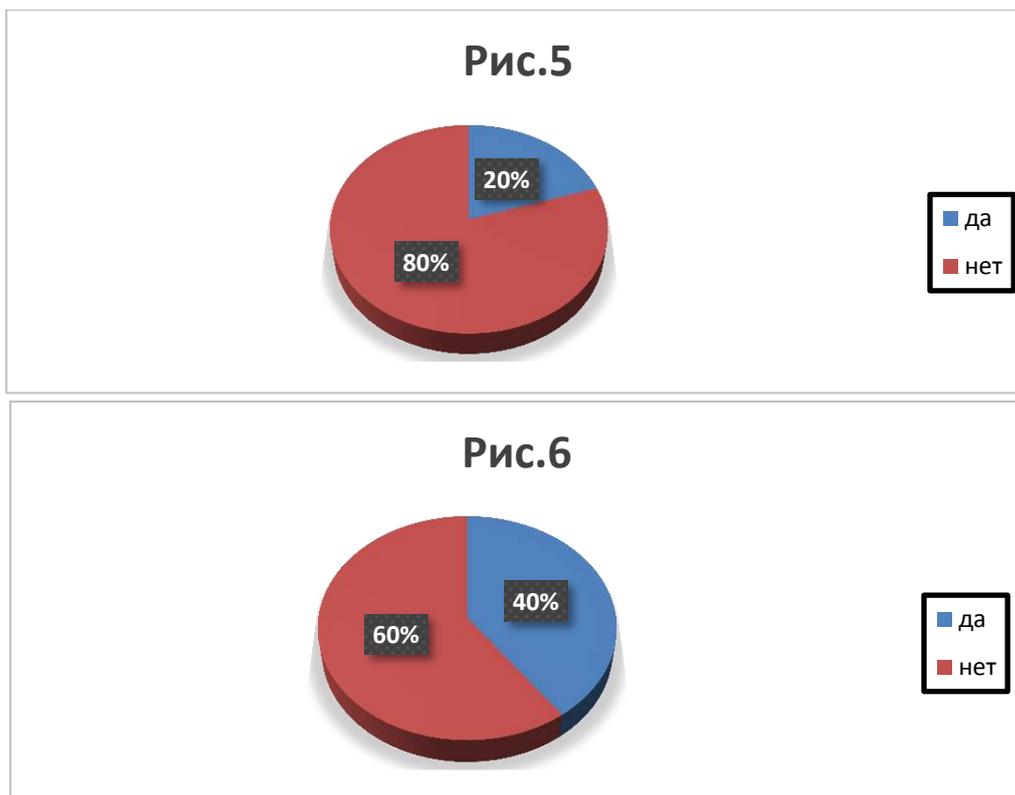
Заключение: после исследований в двух городах, можно сделать вывод, что процентное соотношение иктеричности, кровоточивости десен, сухости слизистой оболочки у пациентов в г. Павлово выше, чем у пациентов в г. Чебоксары, а жжение и углубления естественных складок языка у пациентов в г. Чебоксары выше, чем у пациентов в г. Павлово.

Рис.4



- да
- нет

Заключение: врачей - стоматологов, диагностирующих заболевание печени меньше, чем врачей, не обращающих внимание на данную патологию.



Заключение: врачей - стоматологов, диагностирующих заболевание печени у пациентов в г. Чебоксары больше, чем в г. Павлово.

В ходе проведения беседы в стоматологическом кабинете с целью профилактических мер были даны следующие рекомендации:

- 1.Соблюдение правильного режима дня
- 2.Правильное сбалансированное питание
- 3.Своевременное посещение стоматолога, врача общей практики
- 4.Правильное соблюдение гигиены полости рта
- 5.Избавление от вредных привычек (алкоголь, курение табачных изделий)
- 6.Не допускать бесконтрольного приема лекарств
- 7.Регулярное выполнение всех рекомендаций лечащего врача.

Выводы.

В ходе проведения исследовательской работы, предоставленных диаграмм и рассуждений, можно сделать вывод, что основными проявлениями в полости рта при заболевании печени являются: иктеричность, кровоточивость десен, сухость слизистой оболочки полости рта, жжение и углубление естественных складок. Врачей – стоматологов диагностирующих заболевание печени меньше, чем врачей, не обращающих внимание на данную патологию, но в городе Павлово больше врачей – стоматологов, которые не наблюдают проявлений в полости рта, при заболевании печени, чем в городе Чебоксары. В конце работы была проведена беседа с пациентами в стоматологическом кабинете, не имеющих заболеваний печени и были даны рекомендации.

Список литературы

1. Банченко Г.В. «Заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов». М: Медицина, 1979 г.
2. Резепова Г.Т. «Состояния слизистой оболочки губ при заболеваниях пищеварительной системы». - Стоматология, 19776, т.55.стр.31
3. Болезни органов пищеварения под ред. Мсевича Ц.Г., Рысса. -М.: Медицина, 1975г.-стр. 688
4. Е.В. Боровский «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ». М: Медицина, 1984 г., стр.400

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯМЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

СЕКЦИЯ №39.

ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)

СЕКЦИЯ №40.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)

СЕКЦИЯ №41.

**ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)**

СЕКЦИЯ №42.

УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)

СЕКЦИЯ №43.

ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)

СЕКЦИЯ №44.

ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)

СЕКЦИЯ №45.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

СЕКЦИЯ №46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)

СЕКЦИЯ №47.

**АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)**

СЕКЦИЯ №48.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)**

СЕКЦИЯ №49.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)**

СЕКЦИЯ №50.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)

**СЕКЦИЯ №51.
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

**СЕКЦИЯ №52.
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)**

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА СБОРОВ

Бритвина П.В., Кондратьева Г.К., Кондратьев К.В.

ФГАОУ ВПО Дальневосточный федеральный университет

Улучшение существующих методик и поиск новых подходов к стандартизации лекарственных растительных сборов представляет собой актуальное направление для исследования как в виду возрастающего спроса на данные лекарственные растительные формы, так и в связи с расширяющейся номенклатурой сборов, представленных на рынке [2]. Внедрение новых промышленных технологий и развитие фармакогностических методов анализа делают возможным выработку унифицированных и доступных методик стандартизации лекарственных растительных сборов.

Сборы как лекарственная форма представляют собой смеси нескольких видов лекарственного растительного сырья в измельченном виде или в виде порошка, и в некоторых случаях идентификация компонентов при проведении макроскопического и микроскопического анализа сбора может быть затруднена. Вместе с тем известно, что пыльца растений обладает собственными морфологическими признаками, индивидуальными для каждого растения [3]. Данная особенность пыльцы может быть использована для идентификации растений в сборах, в том числе в виде многокомпонентных порошков.

Таким образом, цель данной работы – изучение возможности использования микроскопического анализа пыльцы в качестве потенциального альтернативного способа в оценке качества многокомпонентных лекарственных растительных сборов на примере Желчегонного сбора №3.

Для достижения поставленной цели были выполнены следующие задачи: все компоненты исследуемого лекарственного растительного сбора были проанализированы в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи XIV издания [1]; были выявлены анатомо-диагностические признаки пыльцы входящих в исследуемый сбор растений; на основании полученных данных дана оценка существующим методикам стандартизации лекарственного растительного сбора и определена возможность использования микроскопического анализа пыльцы в стандартизации лекарственных растительных сборов.

Объект исследования – желчегонный сбор №3 (50,0) произведен АО «Красногорсклексредства», г. Красногорск.

На первом этапе исследования лекарственный растительный сбор был проанализирован в соответствии с фармакопейными методиками анализа. Сбор представлял собой смесь неоднородных частиц растительного сырья желтовато-зеленого цвета с белыми, желтовато-оранжевыми, серовато-зелеными, коричневатозелеными вкраплениями, которая проходит сквозь сито с отверстиями диаметром 5 мм, ощущался сильный характерный запах мяты.

В ходе проведения макроскопического анализа были обнаружены и идентифицированы все компоненты исследуемого сбора кроме трубчатых цветков (были идентифицированы в дальнейшем при проведении микроскопического анализа). Необходимо отметить, что идентификация измельченных компонентов в лекарственных растительных сборах является достаточно трудоемкой и требует от лица, проводящего анализ, наличие опыта работы с измельченным лекарственным растительным сырьем.

В результате проведения микроскопического анализа были обнаружены все компоненты исследуемого сбора; диагностические признаки листьев мяты и травы тысячелистника были легко узнаваемы и полностью соответствовали описаниям, приведенным в частных фармакопейных статьях. Тем не менее, идентификация трубчатых цветков и определение их принадлежности к тому или иному растению

может вызвать затруднения в связи со схожестью признаков, соответствующих трубчатым цветкам ромашки, пижмы, тысячелистника и календулы (рис. 1).

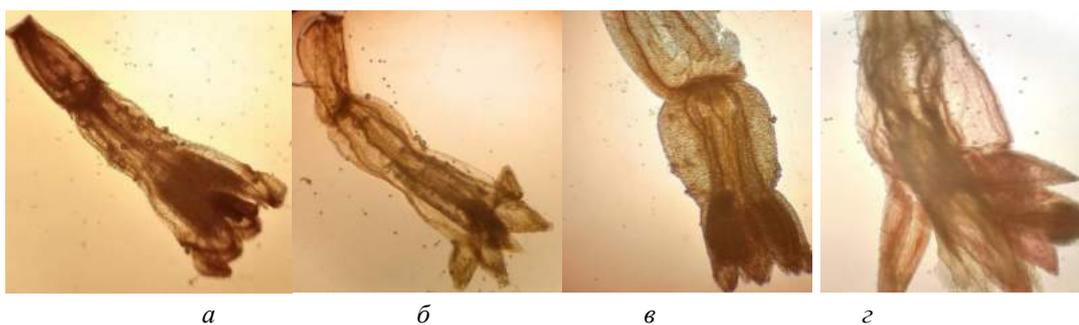


Рисунок 1. Микрофотографии трубчатых цветков растений – компонентов сбора: а – *Tanacetum vulgare* (50×), б – *Chamomilla recutita* (50×), в – *Achillea millefolium* (50×), г – *Calendula officinalis* (50×).

Качественный анализ был проведен в полном соответствии с методиками, описанными в Государственной Фармакопее; в результате было установлено наличие в исследуемом сборе следующих групп биологически активных веществ: флавоноиды, каротиноиды, что полностью соответствует нормативным требованиям.

На следующем этапе исследования был проведен микроскопический анализ пыльцы, в результате которого в исследуемом сборе были изучены пыльцевые зерна 4 растений – компонентов сбора (рис. 2). Микрофотографии рассматриваемых пыльцевых зерен были сделаны с использованием «Альтами БИО 8». В дальнейшем внешние признаки выявленных видов пыльцы были проанализированы при увеличении (200×).

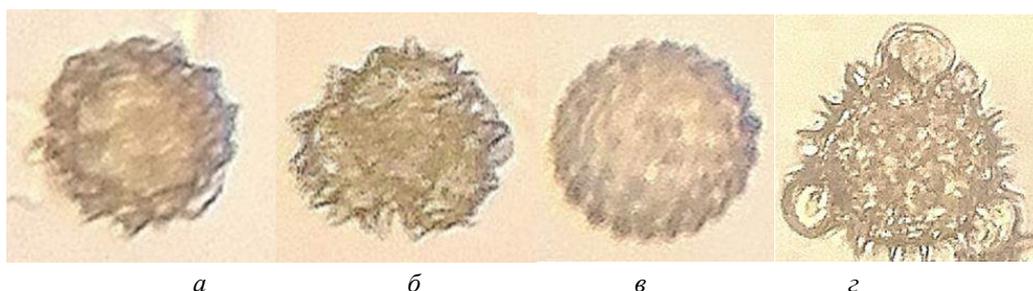


Рисунок 2. Микрофотографии пыльцевых зерен (200×) растений – компонентов сбора: а – *Tanacetum vulgare*, б – *Chamomilla recutita*, в – *Achillea millefolium*, г – *Calendula officinalis*.

По полученным микрофотографиям очевидно, что виды пыльцы растений – компонентов сбора значительно различаются по внешним признакам, обнаруживаемым при микроскопическом исследовании, несмотря на то, что растения, к которым принадлежит пыльца, относятся к одному семейству. Данные различия были определены и описаны как анатомо-диагностические признаки пыльцевых зерен, которые возможно использовать для идентификации компонентов сбора при микроскопическом анализе.

Необходимо отметить, что в Государственной Фармакопее XIV издания дана характеристика пыльцевых зерен ромашки, тысячелистника и календулы; тем не менее, представленные в фармакопейных частных статьях описания пыльцы не учитывают таких сравнительных характеристик как размер зерен и выраженность шиповатости экзины, хотя именно эти признаки могут иметь решающее значение при идентификации пыльцы в случае совместного присутствия пыльцевых зерен разных растений, как в изучаемом лекарственном растительном сборе. Из всех рассматриваемых в рамках данного исследования пыльцевых зерен в Государственной Фармакопее присутствует микрофотография лишь пыльцы календулы.

В результате проведенного анализа были выявлены анатомо-диагностические признаки пыльцевого зерна пижмы обыкновенной: общая форма неправильно округлая, экзина шиповатая с умеренной выраженностью шипов. Пыльцевое зерно имеет меньшие размеры, чем пыльца календулы лекарственной, но большие размеры, чем зерно тысячелистника обыкновенного.

Пыльцевое зерно ромашки аптечной характеризуется следующим: пыльца трехпоровая, по очертаниям округлая, шипы на экзине выражены умеренно, но в большей степени, чем в пыльцевых зернах

пижмы обыкновенной. По размерам пыльцевое зерно ромашки аптечной сопоставимо с пылью пижмы обыкновенной.

Пыльца тысячелистника обыкновенного правильной округлой формы, экзина шиповатая, но шипы выражены слабее, чем в остальных рассматриваемых пыльцевых зернах. Размер пыльцевого зерна тысячелистника также наименьший среди всех изучаемых пыльцевых зерен.

Пыльца календулы лекарственной имеет округло-трехгранную, реже округло-четырёхгранную форму, трехпоровая, очень редко четырехпоровая, имеет шиповатую экзину, с наибольшей выраженностью шипов среди всех рассматриваемых пыльцевых зерен. Пыльца календулы лекарственной была наиболее крупной среди изучаемых пыльцевых зерен.

Таким образом, проведенный анализ Желчегонного сбора №3 с использованием фармакопейных методов, позволил выявить возможные сложности, с которыми может столкнуться специалист в ходе проведения макроскопического и микроскопического анализа, связанные со сходством внешних и анатомо-диагностических признаков компонентов сбора при их совместном присутствии. Анализ пыльцы входящих в сбор растений позволил установить ряд анатомо-диагностических признаков, по которым возможна идентификация компонентов сбора с большой степенью вероятности даже в условиях совместного присутствия компонентов со схожими макро- и микроскопическими признаками. Более того, перспективным представляется применение анализа пыльцевых зерен в оценке качества сборов в виде многокомпонентных порошков, так как пыльцевые зерна при измельчении сохраняют свою структурную целостность и могут служить для идентификации компонентов сбора. В связи с этим, использование микроскопического анализа пыльцы является перспективным направлением для совершенствования существующих методов стандартизации лекарственных растительных сборов и требует дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIV издания в 4 т. - М., 2018.
2. Филиппова И. Рынок растительных средств: проблемы, перспективы, приоритеты//И. Филиппова// Ремедиум. – 2016. - №7-8. – с.15-16.
3. Цаценко Л.В., Синельникова А.С. Пыльцевой анализ в селекции растений// Научный журнал КубГАУ. 2012. №77(03). С.1-11.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПРИЗНАКОВ ВХОДЯЩИХ ИНГРЕДИЕНТОВ ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ СБОРОВ

Тарасова О.Е., Кондратьева Г.К., Кичу П.Ф.

ФГАОУ ВПО Дальневосточный федеральный университет

В последнее время использование фитотерапии как составной части комплексного лечения различных заболеваний приобретает все большую значимость. Все больше внедряются в медицинскую практику новые композиции лекарственного растительного сырья для лечения различных заболеваний. Ассортимент лекарств растительного происхождения, предлагаемый аптеками, значительно возрос. Обеспечение надлежащего качества лекарственного растительного сбора во многом зависит от используемых методов анализа.

Цель исследования состояла в изучении проведения стандартизации успокоительного сбора «Фитоседан №3» с использованием фармакопейных методов анализа для определения состава сбора [1], с использованием метода количественной оценки проявления диагностически значимых признаков, входящих ингредиентов [2].

Для исследования были использованы образцы готового успокоительного сбора «Фитоседан №3» Российского производства (АО Красногорсклексредства). Состав сбора: пустырника травы - 25%, душицы травы – 25%, чабреца травы - 25%, валерианы корневищ с корнями – 17%, донника травы – 7%.

На первом этапе проведен товароведческий, макроскопический, микроскопический, фитохимический анализ в соответствии с требованиями ОФС 1.4.1.0020.15 ГФ XIV [1].

Микроскопический анализ проводили в соответствии с указаниями статьи «Техника микроскопического и микрохимического исследования

лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» ОФС.1.5.3.0003.15 и статьи «Сборы» ОФС.1.4.1.0020.15 [1].

Приготовленные микропрепараты рассматривали под микроскопом «Альтами БИО 8» при различных увеличениях (x50, x100, x200, x400). Изображение фиксировалось с помощью камеры Altami.

В ходе выполнения работы был применен микроскопический метод количественного определения компонентов сбора по диагностически значимым признакам [2] с использованием элементов модификации.

В работе были использованы методы описательной статистики.

Для анализа были приобретены 5 потребительских упаковок успокоительного сбора «Фитоседан №3». Первым испытанием было проведение товароведческого анализа. После проведения изучения соответствия упаковки и маркировки сбора требованиям ГФ 14, было определено отклонение массы содержимого упаковки сбора в соответствие с требованиями ОФС.1.1.0005.15

«Отбор проб лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» [1].

Допустимое отклонение для одной упаковки $\pm 7,5\%$.

Отклонение массы содержимого каждой упаковки не превышало допустимое (1,444%) табл.1.

Таблица 1. «Отклонения массы содержания упаковки сбора»

№ упаковки	$m_{уп}, г$	$m_{об}, г$	$m_{сy}, г$	X, %
1	1,901	51,395	49,494	1,012
2	1,904	51,315	49,411	1,178
3	1,941	51,123	49,182	1,636
4	2,03	50,972	48,942	2,116
5	1,924	51,285	49,361	1,278

Из средней пробы методом квартования была выделена аналитическая проба для определения внешних признаков и микроскопии.

Следующим этапом исследования было проведение макроскопического анализа. При визуальном осмотре сбор представлял собой смесь неоднородных частиц растительного сырья беловато-зеленого цвета с желтоватыми и розовато-фиолетовыми вкраплениями. Запах сбора сильный ароматный, вкус водного извлечения горьковатый, пряный [2].

Далее в пробе были определены составные компоненты сбора по внешним признакам [1], [2], [3], при рассматривании их невооруженным глазом, а также с помощью лупы (10x) и стереомикроскопа. Из каждой морфологической группы сырья выделяли отдельные растительные компоненты и их характерные диагностические признаки, необходимые для установления подлинности, что соответствовало требованиям фармакопейных статей отдельных компонентов.

Далее был проведен микроскопический анализ основных компонентов сбора (рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6), что соответствовало требованиям фармакопейных статей отдельных компонентов [1]

Рис. 1. Фрагмент края листа чабреца с многоклеточным, бородавчатым волоском

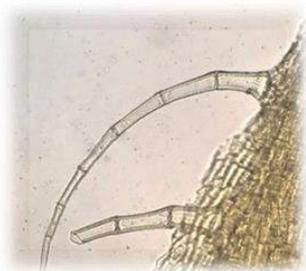


Рис. 2. Волоски с бородавчатой поверхностью и утолщенными стенками листа душицы

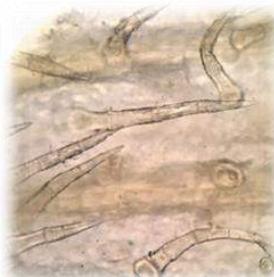


Рис. 3. «Суставные волоски» и эфиромасличные железки листа пустырника

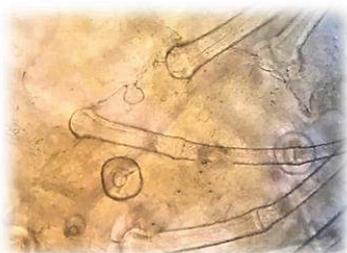


Рис. 4. Микропрепарат поперечного среза корня валерианы

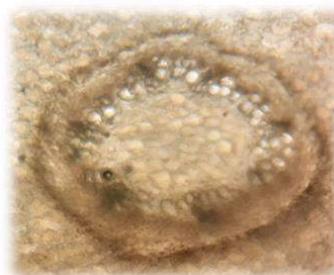


Рис 5. Жилка листа донника, окруженная кристаллоносной обкладкой



Рис 6. Волоски с заостренным концом и бородавчатой кутикулой листа донника



На следующем этапе нашего исследования проведено фитохимическое изучение. Для этого был использован метод тонкослойной хроматографии для определения флавоноидов в траве чабреца. Для ТСХ использовалось извлечение из травы чабреца 70% спиртом. После хроматографирования пластинки с нанесенными пробами в смеси растворителей: этилацетат-муравьиная кислота безводная-вода, обработки ее $AlCl_3$ спиртовым раствором и просматривании в УФ-свете, наблюдались три зоны адсорбции с флуоресценцией желтого цвета, соответствующие флавоноидам [1]. Были высчитаны показатели R_f для испытуемого образца. Показатель характеризует время удерживания и зависит от свойств разделяемых веществ, состава подвижной фазы и сорбента. $R_{f1} = 0,29$; $R_{f2} = 0,52$; $R_{f3} = 0,88$; полученные значения соответствуют наличию рутина и гиперозида.

Для изучения состава извлечения из сбора были проведены качественные реакции на основные группы биологически активных веществ (БАВ). В испытуемом растворе были обнаружены флавоноиды, кумарины, дубильные вещества и компоненты эфирного масла.

На следующем этапе исследования было проведено количественное содержание экстрактивных веществ. В качестве экстрагентов были использованы водные растворы этилового спирта различной концентрации [1].

Процентное содержание экстрактивных веществ при извлечении 70 % этанолом составило 24,186%. При извлечении 30% этанолом - 25,8139%.

Извлечение экстрактивных веществ меньшими концентрациями экстрагента показало более высокие результаты, что имеет значение при использовании сборов в качестве водных извлечений для приема внутрь.

Исследуемые сборы включают компоненты сырья различных морфологических групп.

Следующим этапом работы являлась количественная оценка отдельных растительных компонентов сбора.

Определение проводилось по методике, предложенной Самылиной И.А., Ермаковой В.А., Бобковой И.В., Аносовой О.Г. [2].

На основе результатов количественной оценки частиц, соответствующих компонентам сбора, был составлен взвешенный вариационный ряд (таблица 2).

Таблица 2. «Взвешенный вариационный ряд, составленный по результатам количественной оценки частиц»

<i>Чабрец</i>		<i>Душица</i>		<i>Пустырник</i>		<i>Валериана</i>		<i>Донник</i>	
<i>v</i>	<i>p</i>	<i>v</i>	<i>p</i>	<i>v</i>	<i>p</i>	<i>v</i>	<i>p</i>	<i>v</i>	<i>p</i>
17	2	20	2	23	2	15	2	7	3
18	2	19	2	19	2	12	2	5	3
19	2	21	1	16	2	20	1	4	2
20	2	17	1	20	1	19	1	8	1
24	1	14	1	18	1	18	1	6	1
29	1	12	1	19	1	13	1		
		11	1	10	1	11	1		
		10	1			10	1		

Далее была проведена статистическая обработка данных [2]. Было определено среднее количество частиц для каждого компонента. На основании этого вычислено стандартное отклонение, которое показывает, насколько велик разброс значений. Также была рассчитана ошибка среднего или стандартная ошибка, по величине которой определяют, насколько мы ошибаемся при определении. Вокруг стандартной ошибки был построен доверительный интервал, в который и попадает реально существующая средняя из генеральной совокупности. Чем меньше этот интервал, тем точнее значение среднее значение.

Далее были рассчитаны индексы участия компонентов в сборе на основании вычисленных средних значений (таблица 3).

Таблица 3. «Результаты статистической обработки данных»

Компонент	Чабрец	Душица	Пустырник	Валериана	Донник
Среднее	20,1	16,3	17,6	14,5	5,8
Стандартное отклонение, σ	3,73	4,16	4,25	3,50	1,40
Стандартная ошибка, m	1,18	1,32	1,34	1,11	0,44
Доверительный интервал, \pm	20,1 \pm 2,60	16,3 \pm 3,00	17,6 \pm 3,02	14,5 \pm 2,50	5,8 \pm 1,00
Индекс участия, %	27,05	21,94	23,69	19,52	7,81
Регламентируемый состав сбора, %	25	25	25	17	8

Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели, характеризующие процентное содержание компонентов в сборе, полученные в ходе анализа, достаточно сопоставимы регламентируемым. Незначительные отклонения напрямую связаны с допущенными ошибками при подсчете частиц.

Микроскопический метод определения состава сбора, путем количественной оценки проявления диагностически значимых признаков, входящих ингредиентов, позволяет достоверно определять

количественное содержание отдельных компонентов, входящих в состав сбора, и может рассматриваться для применения при стандартизации в перспективе.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIV издания в 4 т.- М., 2018.
2. Фармакогнозия. Атлас: учебное пособие. Том 3. Самылина И.А., Ермакова В.А., Бобкова И.В., Аносова О.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
3. Фармакогнозия: учебник / Самылина И.А., Яковлев Г.П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2019 ГОД

Январь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы медицины в современных условиях»**, г. Санкт-Петербург

Прием статей для публикации: до 1 января 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2019 г.

Февраль 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом»**, г. Новосибирск

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2019 г.

Март 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы современной медицины»**, г. Екатеринбург

Прием статей для публикации: до 1 марта 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2019 г.

Апрель 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Актуальные проблемы и достижения в медицине»**, г. Самара

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2019 г.

Май 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы и перспективы развития медицины»**, г. Омск

Прием статей для публикации: до 1 мая 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2019 г.

Июнь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Проблемы медицины в современных условиях»**, г. Казань

Прием статей для публикации: до 1 июня 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2019 г.

Июль 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«О некоторых вопросах и проблемах современной медицины»**, г. Челябинск

Прием статей для публикации: до 1 июля 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2019 г.

Август 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Информационные технологии в медицине и фармакологии»**, г. Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2019 г.

Сентябрь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития»**, г. Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2019 г.

Октябрь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Основные проблемы в современной медицине»**, г. Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2019 г.

Ноябрь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Проблемы современной медицины: актуальные вопросы»**, г. Красноярск

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2019 г.

Декабрь 2019 г.

VI Международная научно-практическая конференция **«Перспективы развития современной медицины»**, г. Воронеж

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2019 г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2020 г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки www.izron.ru (раздел «Медицина и фармакология»).

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



Основные проблемы в современной медицине

Выпуск VI

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(11 октября 2019 г.)**

г. Волгоград

2019 г.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Издатель Инновационный центр развития образования и науки (ИЦРОН),
603086, г. Нижний Новгород, ул. Мурашкинская, д. 7.

Подписано в печать 10.10.2019.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 5,4.
Тираж 250 экз. Заказ № 100.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58.