



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

1(25). 2024



Научно-практический журнал

Издается с января 2018 года

Выходит 4 раза в год

ISSN 2686-7745

Киров, 2024

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kirov State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

MEDICAL EDUCATION TODAY
1 (25). 2024

Scientific and practical journal
Published since January 2018
Issued 4 times a year

Kirov, 2024

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

Научно-практический журнал

Главный редактор журнала - ректор ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.М. Железнов.

Заместители главного редактора:

– профессор, д.м.н. М.П. Разин;

– доцент, к.м.н. Е.Н. Касаткин.

Ответственный секретарь – доцент Е.К. Черанёва

Члены редакционной коллегии: профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллек; профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко; профессор, д.м.н. П.И. Цапок; профессор, д.м.н. Б.А. Петров; профессор, д.м.н. В.А. Бахтин; профессор, д.м.н. М.В. Злоказова; доцент, д.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.н. А.Е. Михайлов.

Члены редакционного совета:

профессор С.В. Кошкин (г. Киров); профессор А.Е. Мальцев (г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (г. Ижевск); профессор В.Б. Помелов (г. Киров); профессор д.м.н. М.А. Аксельров (г. Тюмень); профессор И.В. Мирошниченко (г. Оренбург); доцент Н.С. Семенов (г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (г. Самарканд, Узбекистан); профессор Ш.А. Юсупов (г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шмакова (г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (г. Киров); профессор О.В. Соловьев (г. Киров); профессор А.П. Спицин (г. Киров); профессор Н.А. Цап (г. Екатеринбург); профессор В.И. Аверин (г. Минск, Беларусь), профессор С.В. Налётов (г. Донецк), доцент О.С. Налётова (г. Донецк).

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент Н.В. Винокурова;

Литературный редактор: Н.Л. Никулина;

Переводчики: доцент Т.Б. Агалакова, старший преподаватель Н.В. Бушуева.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России).

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования www.elibrary.ru

С правилами для авторов журнала «Медицинское образование сегодня» можно ознакомиться на сайте: <http://medobrtoday.ru>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) 31.08.2018 г., номер регистрации ЭЛ № ФС 77-73582

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф. 304.

Тел.: (8332) 37-30-10; Факс: (8332) 37-30-10.

Электронная почта: kf29@kirovgma.ru

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Печерских М.В., Циренщикова Н.А., Верещагина Е.Л., Баюшева Д.О., Пчеловодова Ю.Г.

Нарушение функции поджелудочной железы у пациентов с патологией билиарного тракта..... 6

Провоторова А.Е., Морозова Д.О., Богачёва Н.В.

Анализ факторов, влияющих на нарушение кишечной микробиоты у пациентов с аутизмом 10

Миролюбов Л.М., Нурмеев И.Н., Морозов В.И.

Биоматериал «Аллоплант» в лечении детей с врожденной патологией аорты. Сообщение о 16 случаях..... 14

Власюк А.В., Загидуллин Р.И., Злоказова М.В.

Анализ симптоматики и распространенности обсессивно-компульсивных симптомов в зависимости от курса у студентов Кировского ГМУ..... 21

Злоказова М.В., Оксенюк М.И., Соколова О.И.

Особенности самооценки и уровня притязаний у пациентов с шизофренией.....25

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Антипенюк А.А., Антипенюк Н.А., Петров С.Б.

Сравнительная оценка структуры амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях государственной и частной форм собственности.....30

Богачева Н.В., Ананина Е.А.,

Анализ и причины заболеваемости корью в современных условиях.....38

Отмахов И.О., Салангин Д.Д., Леонова И.А., Элсемари Т.Ф., Петров Б.А.

Заболеваемость детского и взрослого населения болезнями нервной системы в Кировской области43

Пудовникова Д.А., Муравьев М.А., Чагаева Н.В.

Анализ динамики заболеваемости рассеянным склерозом среди взрослого населения в Кировской области за 2017-2021 годы..... 48

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Кузнецова Е.В., Провоторова А.Е.

Необходимость формирования инклюзивной компетенции у студентов Кировского ГМУ.....53

Сахарова Л.Г.

Роль учебной дисциплины «Основы российской государственности» в формировании духовно-нравственной безопасности российской молодежи (на примере ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России).....58

ОБЗОРЫ

Михалева И.Е., Юхман А.В., Зубкова Е.А., Гоголева М.Н.

Медико-статистический анализ заболеваний органов дыхания в регионах с разной экологической обстановкой.....67

Касаткин Е.Н., Живов И.В., Веджижева М.Д., Вишняков А.В., Кириченко Н.Е.

Психологические последствия чрезвычайных ситуаций и оказание первой психолого-психиатрической медицинской помощи пострадавшим.....74

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.37-008.6:616.361-06

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Печерских М.В.¹, Циренщикова Н.А.², Верещагина Е.Л.², Баюшева Д.О.³,
Пчеловодова Ю.Г.³

¹ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава
России, Ижевск, Россия (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail:
dr.pech_ma@mail.ru

² БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР», гастроэнтерологическое отделение дневного
пребывания, Ижевск

³ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Ижевск, студенты 501 группы педиатрического
факультета

Резюме. В статье представлена оценка состояния поджелудочной железы у пациентов с патологией билиарного тракта. По результатам исследования у больных с желчнокаменной болезнью выявлены нарушения экзокринной функции поджелудочной железы, у пациентов, перенесших холецистэктомия, – эндокринной функции. У больных хроническим некалькулезным холециститом зарегистрированы проявления энтерального синдрома панкреатической этиологии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики и лечения выявленных нарушений.

Ключевые слова: поджелудочная железа, билиарный тракт.

FUNCTIONAL DISORDERS OF THE PANCREAS IN PATIENTS WITH BILIARY TRACT PATHOLOGY

Pecherskikh M.V.¹, Tsirenschikova N.A.², Vereshchagin E.L.², Bayusheva D.O.³,
Pchelovodova J.N.³

¹ Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, Kommunny str., 281), e-mail:
dr.pech_ma@mail.ru

² BUZ UR "GKB No. 6 of the Ministry of Health of UR", gastroenterology
department of day care, Izhevsk

³ Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Izhevsk, students of the 501 group of the Pediatric Faculty

Summary. The article presents assessment of the pancreas health in patients with the biliary pathology. According to the results of the study, exocrine pancreatic

insufficiency have been revealed in patients with cholelithiasis, while disorders of the endocrine function have been found in patients who underwent cholecystectomy. In patients with chronic acalculous cholecystitis, manifestations of enteric syndrome of pancreatic etiology have been noted. The data obtained indicate the need for early diagnosis and treatment of identified disorders.

Key words: pancreas, biliary tract.

Введение

В последние годы во всем мире отмечается рост функциональной и органической патологии билиарного тракта. Болезни гепатобилиарной системы занимают второе место среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта [1, 2]. При этом в России, как и в Европе, рост патологии желчевыделительной системы выделяют в качестве основного фактора, оказывающего влияние на рост заболеваемости панкреатитом, наряду с употреблением алкоголя [3]. Нарушения эндокринной функции поджелудочной железы могут быть следствием длительно протекающего хронического панкреатита [4].

Цель исследования: оценить состояние поджелудочной железы у пациентов с патологией билиарного тракта по результатам лабораторной и инструментальной диагностики.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 90 историй болезней (ИБ) пациентов гастроэнтерологического отделения БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» с патологией билиарного тракта: хронический некалькулезный холецистит (ХНХ), желчнокаменная

болезнь (ЖКБ), постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Показатели соотносили со значениями группы контроля, представленной практически здоровыми людьми ($n=30$), $39,30\pm 2,79$ лет. Средний возраст пациентов составил $60,30\pm 2,78$ лет. В группе больных ХНХ мужчин было 5 (16,7%), женщин - 25 (83,3%); с ЖКБ мужчин - 9 (30%), женщин - 21 (70%); с ПХЭС мужчин - 1 пациент (3,33%), женщин - 29 (96,7%).

В работе была проведена оценка лабораторных показателей глюкозы, альфа-амилазы и копрологического исследования, а также результаты инструментальных методов диагностики – ультразвукового исследования органов брюшной полости (УЗИ).

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2019. Оценка статистической значимости различий (p) количественных величин между группами проводилась с использованием критерия Стьюдента (t). Различия между группами считались статистически значимыми при (p) $< 0,05$.

Основное содержание

У пациентов с ХНХ средний возраст был $59,64\pm 2,69$ лет, с ЖКБ – $57,90\pm 2,69$ лет, с ПХЭС – $64,0\pm 1,17$ года ($p=0,6$; $p=0,04$; $p=0,1$).

Оценивая значения альфа-амилазы, мы не выявили достоверных различий среди групп пациентов с ХНХ, ЖКБ и ПХЭС. Так, у пациентов с ХНХ среднее значение альфа-амилазы составило $53,63\pm 4,93$ Ед/л, с ЖКБ – $59,25\pm 5,77$ Ед/л, с ПХЭС - $51,1\pm 5,68$ Ед/л ($p=0,4$; $p=0,3$; $p=0,7$). Сравнивая значения альфа-амилазы у пациентов с ЖКБ с

показателями группы сравнения – $45,53\pm 0,63$ Ед/л, мы установили достоверные различия ($p=0,02$), что согласуется с литературными данными: частота выявления хронического панкреатита у больных ЖКБ составляет 25–90% и более [3].

Несмотря на то, что достоверной разницы уровня глюкозы у пациентов с ХНХ, ЖКБ и ПХЭС не было, все значения были выше референсных. Это указывает на наличие нарушений в углеводном обмене,

возможных изменений эндокринной функции поджелудочной железы и требует дополнительной диагностики. Достоверные различия были выявлены во всех трех группах относительно значений группы контроля у пациентов с ХНХ $5,67 \pm 0,16$ ммоль/л и $3,95 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно ($p=0,0000$), с ЖКБ – $5,89 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,95 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно ($p=0,0000$), с ПХЭС – $6,09 \pm 0,36$ ммоль/л и $3,95 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно ($p=0,0000$).

В среднем холецистэктомия была проведена пациентам $12,86 \pm 1,74$ лет назад, что может указывать на продолжительность ПХЭС и объяснить более высокий уровень глюкозы ($6,09 \pm 0,36$ ммоль/л).

У большинства пациентов с ХНХ копрологическое исследование показало наличие нейтрального жира у 63,33%, внеклеточного крахмала – у 96,67%, внутриклеточного крахмала – у 53,33%, переваренной клетчатки – у 63%, жирных кислот – у 20% и мышечных волокон с исчерченностью – у 96,76%, что является проявлением энтерального синдрома панкреатической этиологии.

В копрологическом анализе пациентов с ЖКБ также были выявлены признаки энтерального синдрома панкреатической этиологии, однако его проявления встречались у меньшего количества больных: нейтральный жир – у 63,33%, крахмал внеклеточный – у 87%, крахмал внутриклеточный – у 66,67%, переваренная клетчатка – у 50%, жирные кислоты – у 13%, мышечные волокна с исчерченностью были выявлены у 87% пациентов.

Таким образом, согласно полученным результатам патология билиарного тракта больше распространена среди женщин, что не противоречит общеизвестным данным [5]. Возраст пациентов с постхолецистэктомическим синдромом был выше, чем у больных с хроническим некалькулезным холециститом и желчнокаменной болезнью. Более высокий уровень альфа-амилазы определялся у

При ПХЭС: нейтральный жир был выявлен у 60%, крахмал внеклеточный – у 93,3 %, крахмал внутриклеточный – у 63,33%, клетчатка переваренная – у 63,3%, мышечные волокна с исчерченностью выявлялись у 73% пациентов, жирные кислоты не были выявлены.

Проведенное пациентам с ХНХ УЗИ органов брюшной полости позволило выявить воспалительные изменения желчного пузыря (ЖП) и ультразвуковые маркеры хронического панкреатита. У 80% пациентов с ХНХ отмечалась деформация ЖП, у 100% стенки ЖП были уплотнены и у 10% регистрировалась их неровность. Повышение эхогенности ПЖ фиксировалось у 90% больных ХНХ, неоднородность ее структуры – у 53,35%, нечеткость и неровность контуров – у 40%, увеличение размеров – у 26,7% пациентов с ХНХ.

Ультразвуковые изменения ЖП у пациентов с ЖКБ проявлялись уплотнением его стенок у 80%, утолщением – у 23,3%, неровностью – у 16,7%. Неправильная форма ЖП имела место у 16,7% пациентов с ЖКБ. Повышенная эхогенность ПЖ у пациентов с ЖКБ была у 93,3%, неоднородная структура – у 40%, нечеткие и неровные контуры – у 50% и 33,33%, соответственно. Увеличение размеров ПЖ отмечалось у 20% больных ЖКБ.

У пациентов с ПХЭС изменения в ПЖ встречались в большем количестве случаев: повышенная эхогенность – у 96,7%, неоднородная структура – у 63,3%, неровность и нечеткость контуров – у 50% больных. Увеличение размеров ПЖ было выявлено у 20 % пациентов с ПХЭС.

Выводы

пациентов с желчнокаменной болезнью, что может указывать на длительность нарушения экзокринной функции поджелудочной железы, тогда так высокие значения гликемии чаще регистрировались у пациентов, перенесших холецистэктомию. Проявления энтерального копрологического синдрома панкреатической этиологии чаще выявлялись у пациентов с хроническим

некалькулезным холециститом. Повышенная эхогенность, неоднородная структура, неровность и нечеткость контуров поджелудочной железы чаще регистрируются у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом, что не исключает наличие органических изменений в поджелудочной железе и требует проведения дифференциального диагностику с использованием дополнительных инструментальных

методов: эластографии, эндоскопического ультразвукового исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны и томографического исследования [6, 7, 8]. Выявленные нарушения указывают на необходимость ранней диагностики нарушенных функций поджелудочной железы у пациентов с патологией билиарного тракта и назначения своевременной терапии.

Литература / References

1. Волевач, Л. В., Сарсенбаева, А. С., Габбасова, Л. В. и др. Личностно ориентированная образовательная программа у пациентов с желчевыводящей патологией // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 2 (162). – С. 79–83. [Volevach, L. V., Sarsenbaeva, A. S., Gabbasova, L. V. et al. The personal oriented educational program in the management of patients with biliary pathology. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019 ; 162 (2) : 79–83 (In Russ)]. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-162-2-79-83.

2. Лазаренко, В. А. Диагностика и прогнозирование вероятности возникновения холецистита на основе нейросетевого анализа факторов риска // Исследование и практика в медицине. – 2017. – № 4. – Т. 4. – С. 67–72. [Lazarenko, V. A. Diagnostika i prognosirovanie veroyatnosti vzniknoveniya cholecystita na osnove neirosetevogo analiza factorov riska. *Issledovanie i praktika v medicine*. 2017 ; 4 (4) : 67–72 (In Russ)].

3. Маев, И. В., Бордин, Д. С., Ильчишина, Ю. А. и др. Билиарный континуум : актуальный взгляд на заболевания желчевыводящих путей // Медицинский совет. – 2021. – № 15. – С. 122–134. [Maev, I. V., Bordin, D. S., Ilchishina, T. A. et al. The biliary continuum : an up-to-date look at biliary tract diseases. *Meditsinskiy sovet*. 2021 ; (15) : 122–134 (In Russ)]. DOI: 10.21518/2079-701X-2021-15-122-134.

4. Тарасова, Ж. С., Бордин, Д. С., Килейников, Д. В. и др. Панкреатогенный сахарный диабет : взгляд эндокринолога и

гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2020. – Т. 16. № 15. – С. 92–100. [Tarasova, J. S., Bordin, D. S., Kileynikov, D. V. et al. Pancreatogenic diabetes mellitus : the view of an endocrinologist and gastroenterologist. *Effective pharmacotherapy*. 2020 ; vol. 16. No. 15 : 92–100 (In Russ)]. DOI: 10.33978/2307-3586-2020-16-15-92-100.

5. Добренко, В. А., Вовк, А. А. Практические рекомендации для терапевтов по диагностике и лечению хронического холецистита // *University Therapeutic Journal*. – 2021. – Т. 3, № 2. – С. 81–85. [Dobrenko, V. A., Vovk, V. A. *Practicheskie rekomendacii dlya terapevtov po diagnostike i lecheniu chronicheskogo cholecystita*. *University Therapeutic Journal*. 2021 ; 3 (2) : 81–85 (In Russ)].

6. Морозова, Т. Г., Борсуков, А. В. Оценка клинических возможностей эластографии в диагностике очаговой патологии печени и поджелудочной железы // Сборник : 21 век : фундаментальная наука и технологии. Материалы XVII международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 42–46. [Morozova, T. G., Borsukov, A. V. *Ocenka klinicheskikh vozmozhnostei elastografii v diagnostike ochagovoi patologii pecheni i podzheludochnoi zhelezy*. *Sbornik : 21 vek : fundamentalnaya nauka I tehnologii*. *Materialy XVII mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii*. 2018 : 42–46 (In Russ)].

7. Пархисенко, Ю. А., Жданов, И. А., Воронцов, А. К. и др. Эндо-УЗИ в дифференциальной диагностике новообразований

гепатопанкреатодуоденальной зоны // *Annals of Surgical Hepatology*. – 2019. – Т. 24 (4). – С. 74–75. [Parkhisenko, Yu. A., Zhdanov, A. I., Vorontsov, A. K. et al. Endoscopic ultrasonography in the differential diagnosis of biliopancreatoduodenal tumors. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2019 ; 24 (4) : 74–75 (In Russ)]. DOI: 10.16931/1995-5464.2019474-75.

8. Кармазановский, Г. Г. Дифференциальная диагностика и

определение резектабельности рака поджелудочной железы с помощью МСКТ и МРТ // *Annals of Surgical Hepatology*. – 2019. – Т. 24 (3). – С. 22–35. [Karmazanovsky, G. G. Differential diagnosis and analysis of pancreatic cancer resectability using CT and MRI.

9. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2019 ; 24 (3) : 22–35 (In Russ)]. DOI: 10.16931/1995-5464.2019322-35.

УДК 616.896-053

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НАРУШЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АУТИЗМОМ

Провоторова А.Е., Морозова Д.О., Богачёва Н.В.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: bogacheva70@mail.ru

Резюме. В данной статье изложены основные понятия о расстройствах аутистического спектра (РАС). Проведен опрос среди родителей детей с подобным состоянием, в ходе которого была изучена поведенческая реакция пациентов с РАС относительно пищевых привычек. Также была проанализирована взаимосвязь между проблемами желудочно-кишечного тракта и иммунной системы.

Ключевые слова: аутизм, кишечная микробиота, питание, дисбактериоз.

INTESTINAL MICROBIOTA CHANGES IN PATIENTS WITH AUTISM

Provotorova A.E., Morozova D.O., Bogacheva N.V.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marks St., 112), e-mail: bogacheva70@mail.ru

Summary. This article outlines the basic concepts of such a disease as autism spectrum disorder (ASD). Parents of children diagnosed with ASD were surveyed, and the behavioral reaction of the patients with ASD regarding their eating habits was studied. The relationship between problems with the gastrointestinal tract and the immune system was also revealed and studied.

Keywords: autism, intestinal microbiota, nutrition, dysbiosis.

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа заболеваний, связанных с патологией развития нервной системы различной этиологии, характеризующаяся дефицитом социальной адаптации, коммуникации и расстройством поведения [1].

Для РАС характерны повторяющиеся стереотипные формы поведения, отстранённость от окружающей среды и ограниченность интересов. По данным ВОЗ, один ребёнок из 160 страдает каким-либо расстройством аутистического спектра [1].

Одним из вариантов РАС является аутизм. Согласно аналитической справке в субъектах РФ в 2020 г. диагноз аутизм был поставлен 32899 детям. Причём практически в 90% случаев диагноз остаётся невыявленным ввиду сложности диагностики [1].

Поэтому реальное число лиц с аутизмом ещё больше, а распространённость заболевания продолжает расти. Аутизм включает в себя три основных симптома: нарушение взаимодействия с окружающими (трудности в различении эмоций и чувств других людей, а также нарушение способности выражать собственные чувства); недостаток взаимной коммуникации на вербальном и невербальном уровнях (нарушен зрительный контакт, реакция на речь и т.д.); узкий спектр поведенческих привычек (проявляется однообразием интересов, заикленности на определенных вещах). Также при детском аутизме достаточно часто выявляются нарушения сна и питания, фобии, излишняя жестикуляция, частое проявление агрессии и т.д.

Достаточно часто при аутизме выражены расстройства питания. Ребёнок может не есть отдельные категории продуктов. Это может вызвать у таких детей плохой рост костей, запоры, дефициты витаминов и минералов, а также отрицательно сказаться на их микрофлоре [2].

Ось «микробиом – кишечник – мозг» – двунаправленный канал связи между

микробиомом кишечника и центральной нервной системой (ЦНС), действующий через нервные, эндокринные и иммунные сигнальные механизмы [3]. Некоторые исследователи полагают, что ранний дисбактериоз кишечника может повлиять на развитие нервной системы как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе и привести к проблемам в более позднем возрасте, связанным не только с соматическими заболеваниями, такими как синдром раздраженного кишечника или ожирение, но и с психическими расстройствами, такими как депрессия, болезнь Паркинсона, шизофрения, расстройство аутистического спектра, а также нарушения психического развития у детей. В свою очередь, изменение микрофлоры, как результат фактора внешнего воздействия – расстройства питания, может влиять на течение заболевания. Состав микробиома кишечника формируется к двадцати годам, но может меняться в зависимости от питания, образа жизни, болезней и употребления лекарств [4].

При РАС часто наблюдаются нарушения, связанные с ЖКТ. К ним относятся воспалительные расстройства, нарушения иммунного статуса, вегетативной системы и т.д. Это объясняется нарушением пищевого поведения детей с РАС [5].

Некоторые особенности питания приводят к формированию атипичных кишечных популяций и дисбиозу, которые коррелируют с развитием РАС. Многие люди с РАС имеют гастроинтестинальные (ГИ) проблемы, которые коррелируют со степенью тяжести РАС [6]. При нарушениях микробного состава ЖКТ у детей с РАС были установлены изменения гомеостаза микробных метаболитов: более низкие уровни короткоцепочных жирных кислот (КЦЖК): ацетата, пропионата и валериата в фекалиях.

При РАС нарушены свойства и проницаемость как кишечного, так и гематоэнцефалического барьера с

пониженным уровнем компонентов плотных контактов (белки клаудины и окклюдины) [7].

Питание является определяющим фактором развития ребенка. Существует необходимость ранней диагностики и оценки ГИ нарушений при РАС, возможности их коррекции с целью оптимизации питания, разработки индивидуального комплексного лечения и тактики ведения с привлечением специалистов различных профилей.

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь между РАС и нарушением кишечной микробиоты.

Материалы и методы. В работе использован аналитический и психологический (вербально-коммуникативный метод). В рамках последнего метода проведено анкетирование родителей, у чьих детей диагностировано РАС, с помощью Google Формы. Количество родителей, принявших участие в опросе, – 20 человек.

Основное содержание

В ходе проведенного опроса (который включал в себя возможность выбора нескольких вариантов ответа) было выявлено, что дети с расстройством

аутистического спектра предпочитают употреблять быстрые углеводы, в меньшей степени – белки, еще реже – жиры и сложные углеводы (рис. 1).

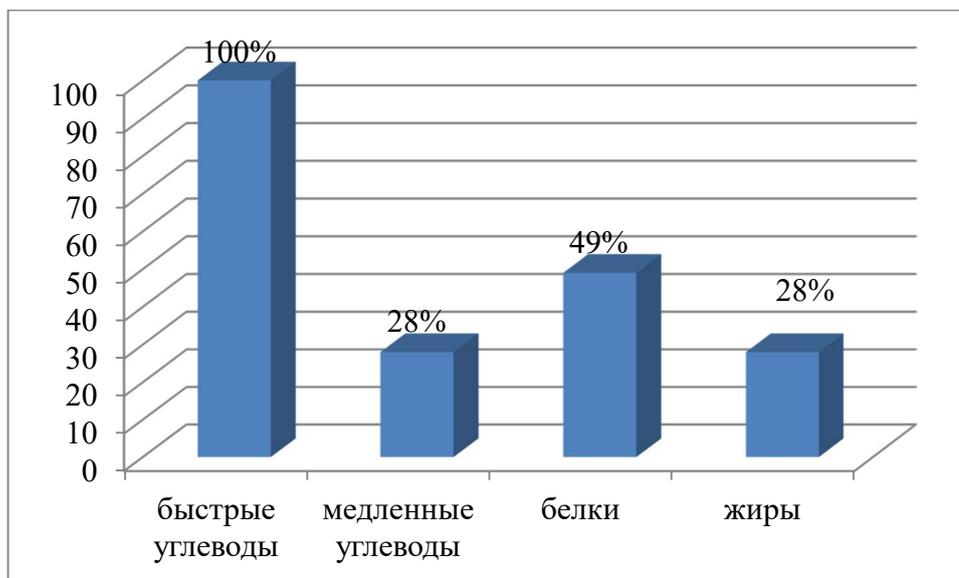


Рис. 1. Предпочтение в еде у детей с РАС

Также 85% респондентов подтверждают, что их ребенок неохотно пробует новые продукты и необычные сочетания. По данным опроса, больше чем у половины детей наблюдаются боли в животе и различные нарушения стула. Метеоризм встречается у трети опрошенных. Около 43% респондентов обращались за помощью к гастроэнтерологу. Лечение пробиотиками или пребиотиками применяли у всех детей, чьи родители обратились к гастроэнтерологу.

Наиболее встречаемыми хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта у таких детей были гастрит, загиб желчного пузыря, хронический запор, холецистит.

Большинство родителей (54%) подтвердило, что у их ребенка имеется какая-либо пищевая аллергия. Наиболее частыми аллергенами среди исследованных стали пищевые красители, шоколад, цитрусовые, глютен и лактоза, белок коровьего молока.

Относительно частоты простудных заболеваний большинство респондентов подтвердили, что их дети болеют чаще своих сверстников (более 4 раз в год). На данный вопрос положительно ответили 57% опрошенных. Однако за консультацией иммунолога обращалось всего 7% родителей с детьми, которые имели предполагаемое иммунологическое расстройство.

Проведенный выше анализ показал, что возможные нарушения со стороны ЖКТ могут являться результатом неправильного питания и быть причиной нарушения микробиоты кишечника. Это подтверждают и результаты исследований микробиоты кишечника у детей с РАС.

Так, по результатам исследований Fattorusso А. с соавт. обнаружено, что у детей с аутизмом более распространены такие микроорганизмы, как *Lactobacillus*,

Clostridium, *Desulfovibrio*, *Caloramator*, *Alistipes*, *Sarcina*, *Akkermansia* семейств *Sutterellaceae* и *Enterobacteriaceae* [8].

Также в образцах кала детей с РАС наблюдается повышенное содержание *Clostridium* spp. [9].

Кроме того, при аутизме часто встречаются виды *Desulfovibrio* [10].

У детей с аутизмом повышено содержание *Firmicutes/Bacteroidetes* в связи со снижением *Bacteroidetes* [11].

Также в кишечнике детей с РАС выявлено пониженное содержание родов *Barnesiella* и *Parabacteroides*, видов *Alistipes putredinis*, *Bacteroides intestinhominis*, *Eubacterium rectale*, *Parabacteroides distasonis* и *Ruminococcus lactaris*, а также увеличение представленности бактерий вида *Bacteroides stercoris* [12].

Заключение

Проблема детского аутизма является одной из самых актуальных в области психиатрии, что объясняется высокой частотой заболевания, трудностями диагностики и лечения. У детей с аутизмом часто встречаются нарушения пищевого поведения, следствием чего являются различные заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся развитием дисбиоза. Нарушение

микробиоты, установленное по ряду проанализированных научных исследований, требует дальнейшего изучения. Одним из перспективных направлений исследования следует рассмотреть разработку персонализированного подхода к восстановлению микробиоты кишечника у детей с РАС с помощью аутопробиотиков.

Список литературы / References

1. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра». М. : 2022. С. 51.
2. Mierau, S. B., Neumeier, A. Metabolic interventions in Autism Spectrum Disorder. *Neurobiology of Disease*. 2019 ; 132 (1) : 125–131.
3. Морозова, Е. А., Белоусова, М. В., Гомзина, Е. Г., Уткузова, М. А. Микробиотические и нутрициологические паттерны формирования когнитивных и поведенческих функций ребенка // Практическая медицина. 2021 ; 19 (5) : 32–36. [Morozova, E. A., Belousova, M. V., Gomzina, E. G., Utkuzova, M. A. Microbiotic and nutritiological patterns of formation of cognitive and behavioral functions of a child. *Practical medicine*. 2021 ; 19 (5) : 32–36 (In Russ)].
4. Резникова, А. В. Влияние микробиоты кишечника на организм человека // Вестник медицинского института «Реавиз» : реабилитация, врач и здоровье. 2022 ; 12 (2) : 98–99. [Reznikova, A. V. The effect of intestinal microbiota on the human body. *Bulletin of the medical Institute "Reaviz" : rehabilitation, doctor and health*. 2022 ; 12 (2) : 98–99 (In Russ)].
5. Ткачук, Е. А., Мартынович, Н. Н., Глобенко, Н. Э. Особенности пищевого статуса и питания детей с расстройствами аутистического спектра // Вопросы питания. 2021 ; 90 (5) : 67–76. [Tkachuk, E. A., Martynovich, N. N., Globenko, N. E. Features

of nutritional status and nutrition of children with autism spectrum disorders. *Nutrition issues*. 2021 ; 90 (5) : 67–76 (In Russ)].

6. Благоднравова, А. С., Жилыева, Т. В., Квашнина, Д. В. Нарушения кишечной микробиоты при расстройствах аутистического спектра : новые горизонты в поиске патогенетических подходов к терапии. Часть 1. Особенности кишечной микробиоты при расстройствах аутистического спектра // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2021 ; 98 (1) : 66. [Blagonravova, A. S., Zhilyaeva, T. V., Kvashnina, D. V. Intestinal microbiota disorders in autism spectrum disorders : new horizons in the search for pathogenetic approaches to therapy. Part 1. Features of the intestinal microbiota in autism spectrum disorders. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*. 2021 ; 98 (1) : 66 (In Russ)].

7. Безродный, С. Л. Микробиота кишечника и расстройство аутистического спектра у детей // Российский педиатрический журнал. – 2019 ; 22 (1) : 51–56. [Bezrodny, S. L. Gut microbiota and autism spectrum disorder in children. *Russian Pediatric Journal*. 2019 ; 22 (1) : 51–56 (In Russ)].

8. Fattorusso, A., Di Genova, L., Dell’Isola, G., Mencaroni, E., Esposito, S. Autism spectrum disorders and the gut microbiota. *Nutrients*. 2019 ; 11 (3) : 521. <https://doi.org/10.3390/nu11030521>.

9. Mangiola, F., Ianiro, G., Franceschi, F., et al. Gut microbiota in autism and mood disorders. *World J Gastroenterol*. 2016 ; (22) : 361–368.

<https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i1.361>.

10. Tomova, A., Husarova, V., Lakatosova, S., Bakos, J., Vlкова, B., Babinska, K., et al. Gastrointestinal microbiota in children with autism in Slovakia. *Physiol. Behav*. 2015 ; 138 : 179–87. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.10.033>.

11. Pulikkan, J., Maji, A., Dhakan, D. B., Saxena, R., Mohan, B., Anto, M. M., et al. Gut microbial dysbiosis in Indian children with autism spectrum disorders. *Microb. Ecol*. 2018 ; 76 (4) : 1102–14. <https://doi.org/10.1007/s00248-018-1176-2>.

12. Averina, O. V., Kovtun, A. S., Polyakova, S. I., Savilova, A. M., Rebrikov, D. V., Danilenko, V. N., et al. The bacterial neurometabolic signature of the gut microbiota of young children with autism spectrum disorders. *J. Med. Microbiol*. 2020 ; 69 (4) : 558–71.

<https://doi.org/10.1099/jmm.0.001178>.

УДК: 616.12-007-53.1-089

БИОМАТЕРИАЛ «АЛЛОПЛАНТ» В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АОРТЫ. СООБЩЕНИЕ О 16 СЛУЧАЯХ

Миролюбов Л.М., Нурмеев И.Н., Морозов В.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Российская Федерация (420012, Приволжский федеральный округ, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49), e-mail: rector@kgmu.kcn.ru

Резюме. В статье изложены сведения о специфике гемодинамики новорожденного ребенка с врожденной патологией аорты. Приведены результаты клинического применения материала «аллоплант» разработки НИИ глазной и пластической хирургии (г. Уфа), который был использован

коллективом авторов для хирургического лечения коарктации аорты у детей в 16 случаях.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки сердца, коарктация аорты, диагностика, лечение, аллоплант.

TREATMENT OF CHILDREN WITH CONGENITAL PATHOLOGY OF THE AORTA WITH ALLOPLANT BIOMATERIAL

Mirolubov L.M., Nurmeev I.N., Morozov V.I.

Kazan State Medical university, Kazan, Russia (420012, Kazan, Butlerova str., 49), e-mail: rector@kgmu.kcn.ru

Summary. The article discusses features of hemodynamics in children born with a congenital pathology of the aorta. The results of application of Alloplant biomaterial developed by the Research Institute of Eye and Plastic Surgery (Ufa city) and used by the authors for surgical treatment of aortic coarctation in 16 children are presented.

Key words: children, congenital heart defects, aortic coarctation, diagnosis, treatment, alloplant.

Введение

Врожденная патология аорты в виде коарктации и в сочетании с гипоплазией дуги аорты встречается довольно часто в структуре врожденных пороков сердца, по данным ряда авторов, составляет до 7,5% из пороков, выявленных на 1 году жизни [1, 2, 3]. У 70% детей с диагнозом «коарктация аорты» происходит декомпенсация в периоде новорожденности за счет развития синдрома нарастающей сердечной недостаточности по левожелудочковому типу. Это обусловлено естественным закрытием артериального протока, через который заполняется нисходящая часть аорты. Синдром нарастающей сердечной недостаточности требует срочного хирургического вмешательства и радикальной коррекции порока. Как правило, это происходит к концу второй недели жизни ребенка [4].

На этапах дородовой диагностики коарктация зачастую не видна, поскольку потоки крови по аорте и открытому артериальному протоку смешиваются и сложно определить истинный диаметр перешейка аорты. У новорожденного в

первые дни жизни практически нет четкой симптоматики порока: сердечный шум в межлопаточном пространстве выслушивается не всегда, эхокардиоскопия в первые дни жизни также не имеет абсолютной достоверности. Тем не менее, простейшее не инвазивное измерение артериального давления «руки – ноги» зачастую становится ключевым исследованием в постановке верного диагноза [5].

Другая, меньшая часть пациентов, благополучно переживает период новорожденности, поскольку в этой группе сужение аорты менее выражено и кровоток по Боталлову протоку не является определяющим в общей гемодинамике организма. Область сужения аорты может варьировать по длине, иногда достигая 5-6 сантиметров. В процессе компенсации аортального кровообращения участвуют и развиваются коллатеральные сосуды и считается, что именно окольной кровотоком помогает спокойно пережить период новорожденности и естественное закрытие Боталлова протока. В дальнейшем эти

коллатеральные сосуды значительно осложняют оперативные вмешательства в возрасте 12-14 лет и старше [6].

Основным и самым оптимальным вариантом хирургического вмешательства является резекция коарктации аорты с

анастомозом конец-в-конец. Результаты прямого анастомоза наиболее стабильные и хорошие, однако этот способ не гарантирует отсутствие возникновения рекоарктации [7]. (рис. 1).



Рис. 1. Резекция коарктации аорты с анастомозом конец-в-конец

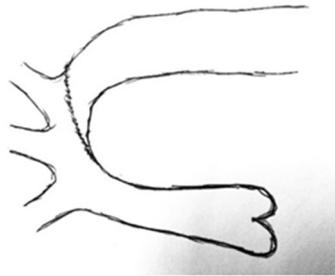


Рис. 2. Резекция коарктации аорты с косым анастомозом для расширения гипоплазированного участка дуги аорты

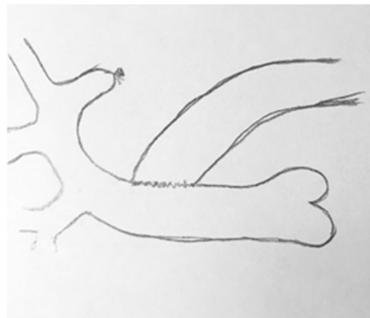


Рис. 3. Анастомоз нисходящего отдела с восходящим отделом аорты

Другие хирургические способы в периоде новорожденности сопряжены с широкой мобилизацией нисходящего отдела аорты для его тракции вверх с целью наложения косого анастомоза на центральную и дистальную части дуги аорты, либо выполняют анастомозирование с восходящей частью аорты (рис. 2, рис. 3). И тот и другой варианты операции имеют недостаток в виде избыточного натяжения аорты, что в раннем послеоперационном

периоде нередко приводит к сдавлению левого бронха, удлиняя сроки нахождения пациента в отделении реанимации, а в отдаленном периоде способствуя деформации анастомозов с развитием рекоарктации [7].

Дети более старшего (5-12 лет) возраста попадают к кардиохирургу по результатам обследования, поводом для которого становится гипертензионный синдром. У этих пациентов далеко не всегда можно

выполнить резекцию коарктации аорты с анастомозом конец-в-конец из-за большой длины суженного участка. В случаях, когда невозможно сопоставить и сшить напрямую концы аорты, хирурги устанавливают

цилиндрические вставки или накладывают продольные заплатки из синтетических сосудистых протезов или ксеноперикарда (рис. 4).

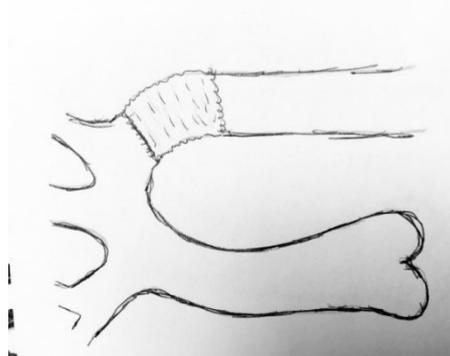


Рис. 4. Циркулярная вставка из синтетического протеза или ксеноперикарда

Наблюдения показывают, что эти материалы со временем подвергаются фиброзу и кальцинозу с деформацией просвета аорты, что требует реоперации по поводу рецидива стеноза аорты или развития аневризматических изменений. Частота отдаленных осложнений варьирует от 5% до 13% в течение первых 7 лет, достигая 30% на сроках 12 лет и более [8]. Принято считать, что частота и тяжесть вышеуказанных осложнений возрастает при выполнении первичной коррекции порока в возрасте старше 16 лет.

Таким образом, к настоящему времени накоплен большой материал наблюдения за оперированными больными по поводу коарктации аорты, согласно которому оптимальным способом выбора является способ резекции коарктации аорты с наложением прямого анастомоза. Все остальные способы операции имеют меньшую степень надежности в отдаленных наблюдениях, где причинами осложнений выступают чрезмерное натяжение тканей анастомоза или низкое качество сосудистого протеза, что ведет к инициации развития рубцово-фиброзных и кальцинозных изменений в зоне вмешательства [9].

Целью исследования явилось изложение опыта применения и результатов клинического исследования нового

пластического материала в лечении детей с врожденной патологией аорты.

Материалы и методы

Коллективом авторов совместно с ведущими специалистами НИИ глазной и пластической хирургии г. Уфа, профессором Мулдашевым Э.Р. и д.м.н., заведующей тканевым банком Шангиной О.Р. разработан аллоплант из легочной артерии, полых вен и аорты с клапанами и без них. Получен Патент РФ №2445940 на «Способ изготовления аллогенных трансплантатов присердечных сосудов с клапанами» [10].

Аллоплант – это трупный материал, обработанный оригинальным авторским способом. Изделия, изготовленные по таковой технологии, первоначально предназначались исключительно для нужд офтальмохирургии, где показали прекрасные результаты на ранних и отдаленных сроках после операций, превосходя таковые у прочих биоматериалов [11]. Операции с применением аллопланта для лечения врожденных пороков сердца (ВПС) мы начали выполнять с мая 2008 года.

С 2008 по 2011 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии Государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Республики Татарстан»

было прооперировано 6 новорожденных детей с диагнозом «коарктация аорты с гипоплазией дуги аорты» и 10 пациентов старшего возраста с диагнозами «коарктация аорты» и «рекоарктация». Из последних 10 в двух случаях был применен аллоплант из аорты в виде трубчатой вставки 5-6 см, остальным была выполнена

лоскутная пластика аорты с оставлением полосы задней стенки аорты (рис. 5). Новорожденным больным выполняли пластику дуги аорты лоскутом аллопланта: в двух случаях аллоплантом из легочной артерии и в четырех аллоплантом из полых вен (рис. 6).

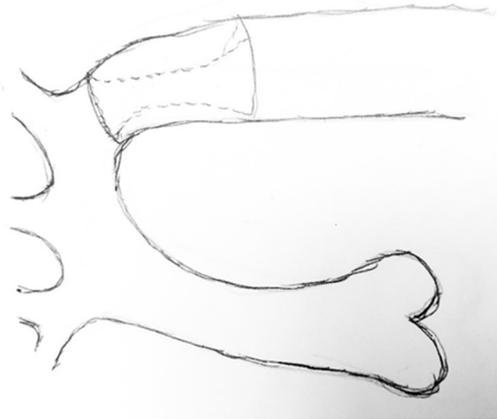


Рис. 5. Заплата с сохранением задней стенки аорты. Задняя стенка обозначена пунктирной линией

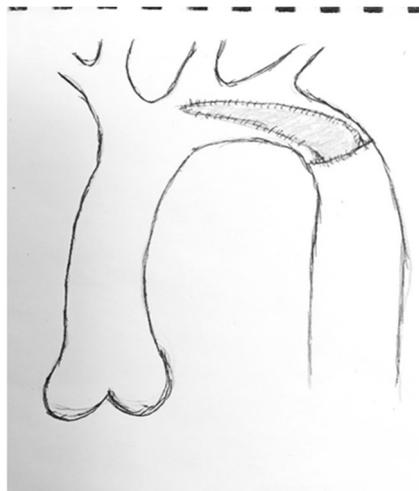


Рис. 6. Пластика дуги аорты лоскутом из аллопланта

На способы операций с применением изделий «аллоплант» для коррекции коарктации аорты и коарктации в сочетании с гипоплазией дуги аорты получены приоритетные справки на изобретения: «Способ лечения тубулярного типа коарктации аорты» от 24.05.2021, регистрационный номер 2021114594 и «Способ коррекции гипоплазии дуги аорты у новорожденных» от 17.06.2021, регистрационный номер 2021117679. У всех пациентов со дня операции прошло более 10

лет, что было отражено в материалах для подачи заявки на патент.

Результаты

Результаты лечения всех пациентов регистрировались на сроках до 13 лет после операции. Рецидивов заболевания и деформаций в области операционного вмешательства обнаружено не было. Наиболее привлекательными выглядят результаты лечения у пациентов, которые были оперированы в периоде

новорожденности. Приводим клинический пример.

Новорожденная девочка К. в возрасте 14 дней поступила в отделение сердечно-сосудистой хирургии Детской республиканской клинической больницы в тяжелом состоянии с диагнозом «коарктация аорты с гипоплазией дуги аорты». В условиях отделения по неотложным показаниям в экстренном порядке была выполнена операция «пластика гипоплазированного участка аорты материалом аллоплант из полых вен». Замещению подлежала передняя стенка аорты при сохранении собственной задней стенки аорты, был выполнен «конец-в-конец» анастомоз аорты (рис. 6). Послеоперационный период характеризовался гладким течением. Девочка выписана в удовлетворительном состоянии. Пациент осмотрен через 5 лет:

клинически здорова. По данным УЗИ аорта проходима, размеры и показатели кровотока соответствуют возрастной норме.

В Государственном автономном учреждении здравоохранения «Детская республиканская клиническая больница министерства здравоохранения Республики Татарстан» в год в среднем оперируются 15-20 пациентов с коарктацией и гипоплазией дуги аорты, в основном в первый месяц жизни, а 3-4 из них – это дети старшего возраста. На обследование и процедуру баллонного расширения суженного анастомоза (рекоарктация) на различных сроках после открытых операций по поводу гипоплазии и коарктации аорты направляются 2-5 детей, причем ряд из них – неоднократно. Все пациенты, которым мы выполнили пластику аорты с помощью аллопланта, за 13 лет наблюдений не нуждались в подобных процедурах.

Основное содержание

Необходимо учесть, что за первый год жизни масса ребенка увеличивается в размерах в три раза (в среднем с 3-3,5 кг до 10 кг) с соответствующим увеличением линейных размеров организма. Соответственно, при выполнении операции протезирования сосуда, если наложенная заплатка не будет расти вместе с организмом пациента, то деформации (сужения) в области вмешательства неизбежны. Была выдвинута гипотеза, что участки аорты, соприкасающиеся с шовной полосой на заплате, начинают расти опережающими темпами по сравнению с другими участками, и за счет этого роста сохраняется необходимый нормальный диаметр. Окончательный ответ на вопрос возможности длительного функционирования заплат могло бы дать морфологическое исследование, однако его проведение *in vivo* невозможно. Полагаем, что в оперированной аорте происходят процессы, идентичные типовому поведению аллопланта. Профессор Мулдашев Э.Р. и соавторы являются разработчиками материала «аллоплант» и занимаются этим направлением с середины 70-х годов XX века. В многочисленных трудах этого

коллектива, защищённых патентами и диссертационными работами, убедительно показано, что материал «аллоплант» имеет хорошую приживаемость, не отторгается организмом реципиента и замещается собственной соединительной тканью в течение 90 дней.

В настоящее время благодаря активно внедряемым новым технологиям необходимость в реоперациях по поводу рекоарктации аорты значительно снизилась. Способы расширения суженного рубцовым процессом анастомоза эндоваскулярными баллонами помогают обойтись без реторакотомии. Пациенту в условиях рентгенохирургической операционной проводят расширение суженного участка аорты баллоном до градиента <20 мм. рт. ст., и этой процедуры достаточно для восстановления нормального кровообращения на несколько лет. Процедуры можно повторять при нарастании градиента давления.

Как показали результаты лечения пациентов, методика протезирования аортальных тканей «аллоплант» продемонстрировала удовлетворительные ранние и отдаленные результаты.

Длительный период без реопераций говорит о том, что увеличение диаметра аорты растущего ребенка происходит одновременно с увеличением размеров

протеза. Предварительным объяснением этого процесса служит ранее подтвержденный факт замещения протеза собственной соединительной тканью.

Выводы

1. Биоматериал «аллоплант», примененный для лечения коарктации аорты, показывает убедительно хороший клинический результат.
2. На развитие деформации участка аорты с изменением ее диаметра оказывает влияние рубцовый процесс, выраженность которого зависит от вида материала протеза.

Литература/References

1. Fyler, D. C. Report of the New England regional infant cardiac program. *Pediatrics* 1980 ; Vol. 65 (suppl) : 375–461.
2. Hoffman, J. I. The challenge in diagnosing coarctation of the aorta. *Cardiovasc J Afr.* 2018 ; Vol. 29 (4) : 252–255. DOI: 10.5830/CVJA-2017-053.
3. Kaya, U., Colak, A., Becit, N., Ceviz, M. Surgical management of aortic coarctation from infant to adult. *Eurasian J Med.* 2018 ; Vol. 50 (1) : 14–18. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2017.17273.
4. Миролюбов, Л. М. Определение оптимального срока лечения врождённых пороков сердца // *MEDICUS.* 2019 ; Т. 1, № 25. С. 16–21. [Miroljubov, L. M. Opredelenie optimal'nogo sroka lechenija vrozhdjonnyh porokov serdca. *MEDICUS.* 2019 ; 1 (25) : 16–21 (In Russ)].
5. Миролюбов, Л. М., Калиничева, Ю. Б. Совершенствование диагностики ВПС у новорожденных как резерв снижения младенческой смертности // *Практическая медицина.* 2004 ; Т. 1, № 6. С. 9–11. [Miroljubov, L. M., Kalinicheva, Ju. B. Sovershenstvovanie diagnostiki VPS u novorozhdennyh kak rezerv snizhenija mladencheskoj smertnosti. *Prakticheskaja medicina.* 2004 ; 1 (6) : 9–11 (In Russ)].
6. Hanneman, K., Newman, B., Chan, F. Congenital Variants and Anomalies of the Aortic Arch. *Radiographics.* 2017 Jan-Feb ; 37 (1) : 32–51.
7. Brzezinska-Rajszyz, G. Stents in treatment of aortic coarctation and recoarctation in small children. *Int J Cardiol.* 2018 Jul 15 ; 263 : 40–41.
8. Mavroudis, C., Backer, C. L. : *Pediatric Cardiac Surgery, Third Edition.* Mosby. An Affiiate of Elsevier. 2003 : 266–268.
9. Cho, S., Lee, C., Kim, E. R., Lim, J. H. Outcomes of aortic coarctation surgical repair in adolescents and adults. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2020 ; Vol. 1 ; 30 (6) : 925–931. DOI: 10.1093/icvts/ivaa039.
10. Мулдашев, Э. Р., Шангина, О. Р., Миролюбов, Л. М., Миролюбов, А. Л. Патент на изобретение RU 2445940. 2012.
11. Мулдашев, Э. Р. Технологии "аллоплант" как инновационная модель регенеративной хирургии // *Практическая медицина.* 2019 ; Т. 17. С. 12–16. DOI: 10.32000/2072-1757-2019-1-12-16. [Muldashhev, E. R. Alloplant technologies as an innovative model of regenerative surgery. *Prakticheskaya medicina.* 2019 ; (17) : 12–16. DOI: 10.32000/2072-1757-2019-1-12-16].

УДК616.891.7

**АНАЛИЗ СИМПТОМАТИКИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫХ СИМПТОМОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРСА У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ**

¹ Власюк А.В., ² Загидуллин Р.И., ³ Злоказова М.В.

^{1,2} *ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: 7_luckypie_7@bk.ru*

³ *ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail:
kf28@kirovgma.ru*

Резюме. Данная статья посвящена анализу обсессивно-компульсивных симптомов (ОКС) у 171 студента Кировского ГМУ, в том числе в зависимости от курса обучения. У значительной части студентов (43,7%) были выявлены обсессивно-компульсивные симптомы. У студентов младших курсов преобладали навязчивые мысли, воспоминания и действия, у старших – значимо чаще встречались навязчивый счет и контрастные навязчивости. Среди неблагоприятных факторов анамнеза, способствующих развитию ОКС, у студентов 1-3 курса преобладали одиночество и неблагополучная семья; респонденты 4-6 курса чаще имели хронические заболевания в анамнезе и совмещали работу с учебой.

Студентам с ОКС необходима психологическая и психотерапевтическая помощь для профилактики развития ОКР, имеющего хроническое течение и проводящего к социальной дезадаптации.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивные симптомы, студенты, обсессивно-компульсивное расстройство, распространенность.

**ANALYSIS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS AND THEIR
PREVALENCE IN STUDENTS OF KIROV STATE MEDICAL
UNIVERSITY**

¹ Vlasyuk A.V., ² Zagidullin R.I., ³ Zlokazova M.V.

^{1,2} *Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112), e-mail:
7_luckypie_7@bk.ru*

³ *Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112), e-mail:
kf28@kirovgma.ru*

Summary. This article is devoted to the analysis of obsessive-compulsive symptoms (OCS) in students of Kirov State Medical University, depending on the year of study. A significant proportion of students (43,7%) have obsessive-

compulsive symptoms. Among junior students, obsessive thoughts, memories and actions predominate; while among senior students, obsessive counting and contrasting obsessions are significantly more common. Among the unfavorable factors that contribute to the development of ACS, loneliness and a dysfunctional family predominate among the 1st-3rd-year students; 4th-6th-year respondents more often have a history of chronic diseases and combine work with study. Students with ACS need psychological counselling and psychotherapeutic help to prevent the development of OCD, which has a chronic course and leads to social maladjustment.

Key words: obsessive-compulsive symptoms, students, obsessive-compulsive disorder, prevalence.

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием со значительными негативными социальными и экономическими последствиями [1]. Всемирная организация здравоохранения относит ОКР к числу 10 наиболее неблагоприятных состояний из-за потери дохода и снижения качества жизни [2], высокая частота заболевания и процент хронизации подчеркивают социальную и клиническую значимость исследований по данной проблематике [3]. Чаще всего ОКР формируется на фоне стресса – 2/3 случаев заболевания связаны именно с ним [4].

Проявление ОКС имеет два основных пика, которые приходятся на детство и молодость в возрасте 21 года. В этот период развития человека чаще воздействуют такие стрессовые факторы, как получение образования, трудности во взаимоотношениях с семьей и сверстниками [5], что может привести к формированию невротических и связанных со стрессом расстройств. Обсессивно-компульсивная симптоматика (ОКС) может присутствовать годами, потенциальные пациенты длительно не обращаются за помощью, при этом патологические паттерны становятся привычными, появляются новые симптомы.

Необходимо выявлять ОКС на стадии донозологических состояний. Однако распространенность и особенности ОКС у

студентов исследованы недостаточно, что делает актуальным наше исследование.

Цель исследования – анализ симптоматики и распространенности обсессивно-компульсивной симптоматики (ОКС) в зависимости от курсов у студентов Кировского ГМУ.

Материалы и методы

В исследовании принял участие 171 студент Кировского государственного медицинского университета (КГМУ) 1–6 курсов (средний возраст $20,48 \pm 0,15$ лет). Среди них 75 человек с ОКС, среди которых студентов младших курсов (1-3 курс) – 40 чел. (53,3%), старших курсов (4-6 курс) – 35 чел. (46,7%), средний возраст $19,2 \pm 0,18$ и $21,8 \pm 0,29$ лет соответственно.

Для проведения опроса использовалась клинико-диагностическая анкета (53 вопроса) (Злоказова М.В. и соавт., 2020) и тест-опросник Y-BOSC (Yele-Braun obsessive-compulsive scale) (Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., et al., 1989) [6]. Тяжесть проявлений обсессий и компульсий оценивалась по бальной системе (субклиническое состояние – 0-7 баллов, легкая – 8-15, средняя – 16-23, тяжелая – 24-31 и крайне тяжелая – 32-40 баллов).

Статистическая обработка данных проводилась в программах STATISTICA 12.0 и Microsoft Office Excel 2019, применялись методы описательной статистики и критерий χ^2 с поправкой Йейтса, достоверными считались различия при $p \leq 0,05$.

Основное содержание

Среди обследованных студентов у 75 чел. (43,9%) были выявлены ОКС различной степени тяжести, из них, согласно тест-опроснику Y-BOSC, субклиническое состояние – 14,0%, легкое – 19,3%, среднее – 7,0%, тяжелое – 2,4%, крайне тяжелое – 1,2%. Частота тяжелого и крайне тяжелого состояния, свидетельствующего о наличии ОКР, среди всех респондентов (171 чел.) составила 3,6%.

При анализе ОКС по степени тяжести в обеих группах было выявлено, что субклинический уровень встречался у 1-3 курсов в 34,3% случаев, у 4-6 курсов – 30,0%; легкой степени – 42,5% и 42,9%, соответственно; средней степени – 14,3% и 17,5%; тяжелой – 5,0% и 5,7%; крайне тяжелой – 0% и 5%. Достоверных различий между группами в данной выборке не наблюдалось.

Среди студентов младших курсов достоверно чаще встречались навязчивые мысли по типу «умственной жвачки» (рассуждения «как надо было сказать/сделать», «как не стать похожим на своих родителей или друзей», придумывание диалога с другим человеком, ипохондрические мысли) – 62,5%, у студентов старших курсов – 28,6% ($\chi^2=7,324$, $p=0,007$); воспоминания (о конфликтах в школе, между родителями, с учителями, незнакомыми людьми) – 75,0% и 42,9% соответственно ($\chi^2=6,752$, $p<0,01$); навязчивые действия (проверка закрытия входной двери; поправление предметов, находящихся не на своих местах;

накручивание пряди волос; расставление предметов в определенном порядке во время уборки; произношение выдуманных молитв; написание определенного количества сообщений, равное «счастливному» числу) – 60,0% и 31,4% ($\chi^2=5,028$, $p=0,025$).

Среди старшекурсников достоверно чаще встречались навязчивый счёт (счет ступенек при подъеме на этаж, складывание цифр на номерах машин, подсчет машин определенного цвета, подсчет количества этажей в домах) – 60,0%, у младших курсов – 22,5% ($\chi^2=8,738$, $p<0,01$); контрастные навязчивости (выпрыгнуть из окна, толкнуть прохожего, закричать на улице, применить силу к младшим в семье, броситься под машину, накричать на преподавателя, пырнуть себя ножом) – 28,6% и 7,5% соответственно ($\chi^2=4,407$, $p<0,05$).

Были выявлены следующие достоверные различия по неблагоприятным факторам анамнеза: среди младших курсов в сравнении со старшими достоверно чаще встречалось одиночество и неблагополучная семья, что свидетельствует о трудностях адаптации к новой жизни, сложностях в сепарации от семьи; среди старших курсов было значимо больше тех, кто имел хронические заболевания в анамнезе, совмещал работу и учебную деятельность, т.е. у старшекурсников на формирование ОКС оказывают повышенная нагрузка и соматическое неблагополучие (таблица 1).

Таблица 1

Частота неблагоприятных факторов анамнеза у студентов младших и старших курсов с обсессивно-компульсивными симптомами

Неблагоприятные факторы анамнеза	Студенты 1-3 курса с ОКС (n=40)	Студенты 4-6 курса с ОКС (n=35)	Значение χ^2	Значение p
Одиночество	77,5%	42,9%	8,042*	0,005
Неполная семья	27,5%	22,9%	0,38	0,846
Неблагополучная семья	55,0%	22,9%	6,752*	0,01
Наличие хронических заболеваний	15%	37,1	3,739*	0,05
Отсутствие хобби	42,5%	42,9%	0,041	0,84

Совмещение работы и учебы	37,5%*	82,9%	14,022*	0,001
---------------------------	--------	-------	---------	-------

* – значения χ^2 , при которых различия между группами достоверны ($p \leq 0,05$).

Выводы

ОКС различной степени тяжести встречаются у значительной части студентов Кировского ГМУ – 43,7%, тяжёлая и крайне тяжелая степени, свидетельствующие о наличии ОКР, – у 3,6%. У студентов младших курсов преобладают навязчивые мысли, воспоминания и действия, у старших – навязчивый счет и контрастные навязчивости. Среди неблагоприятных факторов анамнеза, которые могут влиять на развитие ОКС, у студентов 1-3 курса значимо чаще отмечается одиночество и неблагополучная семья; у респондентов 4-6 курса – хронические заболевания в анамнезе и совмещение работы с учебой.

Полученные данные свидетельствуют о том, что существенная часть обучающихся независимо от курса нуждается в

специализированной психологической и психотерапевтической помощи с целью коррекции ОКС для профилактики развития ОКР, имеющего хроническое течение. При этом у студентов младших курсов психопрофилактическую роль могут иметь мероприятия, направленные на улучшение коммуникации (групповые тренинги, интересные групповые мероприятия, волонтерская деятельность) и динамическая психотерапия (ЛОПП), тогда как у студентов старших курсов важно нормализовать режим дня и нагрузки (при наличии симптомов ОКР рекомендуется снижение времени, затрачиваемого на дополнительную работу), а также терапия соматических заболеваний.

Список литературы / Referenses

1. Eric Hollander, Joseph Zohar, Paul J. Sirovatka, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders Refining the Research Agenda for DSM-V. United States of America : American Psychiatric Association, Arlington, Virginia ; 2011.
2. David Veale, Alison Roberts. Obsessive-compulsive disorder BMJ. 2014 ; 348 : g2183. DOI: 10.1136/bmj.g2183.
3. Бобров, А. Е., Калинин, В. В., Колюцкая, Е. В. Обсессивно-компульсивное расстройство : комплексное психопатологическое и психометрическое исследование. – ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России ; 2010. [Bobrov, A. E., Kalinin, V. V., Kolyutskaya, E. V. Obsessivno-kompul'sivnoye rasstroistvo : kompleksnoye psikhopatologicheskoe i psikhometricheskoe issledovanie. – FGU «Moskovskiy NII psikhiiatrii» Minzdravsotsrazvitiya Rossii, 2010 (In Russ)].
4. Royal College of Psychiatrists. [Internet]. Obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and young people. Published August, 2022. Available at: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/parents-and-young-people/ocd-young-people>
5. Geller, S. E.; Shulman, L. P.; van Breemen, R. B.; et al. Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms : a randomized controlled trial. Menopause, – 2009 ; 16 (6) : 1156-1166.
6. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989 ; 46 (11) : 1006-11. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

УДК 616.895.87

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Злоказова М.В., Оксенюк М.И., Соколова О.И.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail:
marinavz@mail.ru, moksenyuk2001@mail.ru, lelya.sokolova.01@list.ru*

Резюме. Проанализированы показатели уровня притязаний и самооценки у 34 пациенток с параноидной шизофренией в возрасте от 26 до 69 лет. У анкетированных преобладают высокий и очень высокий уровень самооценки – 64,7%, низкий уровень самооценки имеют 29,4%. Высокий уровень притязаний отмечается в 70,6% случаев и очень высокий – 29,4%, что отражает недостаточно реалистичное отношение пациенток к своим возможностям вследствие имеющегося заболевания. У большинства обследуемых (61,8%) наблюдается резкий разрыв между уровнем самооценки и уровнем притязаний, что свидетельствует о наличии внутриличностного конфликта между своими возможностями и стремлениями и мешает в дальнейшем адаптироваться к социальной жизни. Влияние уровня самооценки и уровня притязаний на поведение пациента несомненно, поэтому необходимо включение в программу психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией блока мероприятий, направленных на выявление и коррекцию данных психологических характеристик.

Ключевые слова: уровень самооценки, уровень притязания, шизофрения, психосоциальная реабилитация.

SELF-ESTEEM AND LEVEL OF ASPIRATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Zlokazova M.V., Oxenyuk M.I., Sokolova O.I.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marksa St., 112),
e-mail: marinavz@mail.ru, moksenyuk2001@mail.ru, lelya.sokolova.01@list.ru*

Resume. The level of aspiration (LA) and self-esteem in 34 patients with paranoid schizophrenia, aged 26 to 69 years, have been analyzed. 64.7% of the respondents have a high and very high level of self-esteem, 29.4% have a low level of self-esteem. A high LA is noted in 70.6% of the cases and a very high one – in 29.4%, which reflects insufficiently realistic attitude of the patients to their capabilities. The majority of the surveyed (61.8%) have a large gap between the level of self-esteem and LA, which indicates presence of an intrapersonal conflict between their abilities and aspirations and prevents them from further adapting to social life.

The influence of the level of self-esteem and LA on the patient's behavior is undoubted, therefore, it is necessary to include measures aimed at identifying and correcting these psychological characteristics in the psychosocial rehabilitation program of schizophrenic patients.

Keywords: level of self-esteem, level of aspiration, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

Введение

Во всем мире шизофренией страдают примерно 24 миллиона человек, или 1 из 300 человек (0,32%). Среди взрослого населения этот показатель составляет 1 на 222 человек (0,45%) [1].

Шизофренические расстройства в целом отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые псевдогаллюцинации, конфабуляции (ложные воспоминания), параноидный или фантастический бред либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности [2].

Шизофрения часто сопровождается значительным стрессом и трудностями в личных отношениях, семейной жизни, социальных контактах, учебе, трудовой деятельности или других важных сферах жизни. Больные часто становятся объектом нарушений прав человека как в стенах психиатрических учреждений, так и в обычной жизни. Значительная стигматизация людей с этим заболеванием – широко распространенное явление, которое приводит к их социальной изоляции и оказывает негативное влияние на их отношения с окружающими, включая семью и друзей [3].

Социальная дезадаптация тесно связана с проблемами мотивационной сферы.

Важными характеристиками мотивационной сферы личности являются уровень притязаний и самооценка [4]. Самооценка – это оценка больного самого себя, оценка своих возможностей, качеств, отношение пациента с окружающей средой. От самооценки зависят взаимоотношения

человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе. С самооценкой тесно связан уровень притязаний – это степень трудности целей, которые человек перед собой ставит [5]. Уровни самооценки и притязаний необходимо учитывать при проведении психолого-психотерапевтической реабилитации пациентов с шизофренией. Однако данные вопросы недостаточно изучены, что делает актуальным наше исследование.

Цель исследования: изучить уровень притязаний и самооценки у пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы исследования:

На базе КОГКБУЗ "Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева" было обследовано 34 пациентки с параноидной шизофренией в возрасте от 26 до 69 лет (включительно), средний возраст $47,4 \pm 12,1$ лет, проживавших в г. Кирове и Кировской области. Непрерывный тип течения имели 24 пациентки (70,6%), эпизодический тип течения – 10 (29,4%). Ведущий параноидный синдром отмечался у 16 пациенток (47%), аффективно-параноидный – 5 (14,7%), депрессивно-параноидный – 4 (11,8%), галлюцинаторный – 4 (11,8%), психопатоподобный – 2 (5,9%) и депрессивный – 3 (8,8%). Совершили общественно опасные деяния 2 пациентки (5,9%).

Критерии включения пациентов в исследование:

- верифицированный диагноз шизофрении согласно МКБ-10;
- этап становления ремиссии;
- интеллектуальная сохранность пациента, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования;

- согласие пациента на исследование.

Применялись следующие методы обследования: клинический, включавший беседу и анкетирование пациентов (12 социально-демографических вопросов), экспериментально-психологический с использованием методики Дембо-Рубинштейн [6] – для субъективной оценки пациентами своих личностных качеств, а также их желаемого уровня. Для оценки УС показатели ниже 45 баллов считались низкими, от 45 до 59 – средними, от 60 до 74 – высокими, от 75 до 100 баллов – очень высокими. Для оценки УП показатели ниже 60 баллов считались низкими, от 60 до 74 считались средними, от 75 до 89 – высокими, от 90 до 100 – очень высокими.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного

пакета Statistica 10.0, Microsoft Excel. Применялись методы описательной и сравнительной статистики, для оценки взаимосвязи количественных и/или порядковых признаков применялся метод ранговой корреляции по Спирмену. Критический уровень значимости – $p \leq 0,05$.

Проверка распределения данных осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка, рекомендованного при $n < 50$. Для описания нормально распределенных результатов использовались среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$); для описания данных, распределенных отличным от нормального образом, – медиана и интерквартильный интервал ($Me [Q1; Q3]$).

Основное содержание

Параноидная шизофрения началась до 45 лет в 21 случае (61,7%), после 45 лет – в 2 случаях (5,9%). Возраст манифестации заболевания неизвестен у 11 пациенток (32,4%). Инвалидность 2 группы имели 13 чел. (38,2%), 3 группы – 9 чел. (26,5%), не имели инвалидности – 12 чел. (35,3%).

Среди обследованных пациенток 25 были трудоспособного возраста (от 16 до 54 лет) (73,5%) и 9 пациенток – старше трудоспособного возраста (26,5%).

Среднее специальное образование имели 16 пациенток (47,1%), среднее – 8 (23,5%), высшее – 8 (23,5%), неоконченное высшее – 2 (5,9%). Большая часть пациенток не имела работы – 23 чел. (67,6%). На пенсии находилось 9 чел. (26,5%), работали 2 (5,9%). Меньше МРОТ получали 23 пациентки (67,6%), больше МРОТ – 11 (32,4%).

Были замужем 11 пациенток (32,4%), не имели супруга 23 (67,6%). Детей имели 13 пациенток (38,2%).

Средний балл по УС в целом по всей группе составил $60,6 \pm 13,3$ (высокий), средний балл по УП – $85,7 \pm 8,5$ (высокий). Ввиду отличного от нормального распределения медианная характеристика УС и УП является более показательной. Медианный УС среди всех обследуемых

пациенток составил 65 баллов [1 квартиль 44; 3 квартиль 70]. Медианный показатель УП среди обследованных пациентов составил 83 [1 квартиль 79,25; 3 квартиль 94,5]. Среди анкетированных имели низкий УС 10 чел. (29,4%), средний – 2 (5,9%), высокий – 18 (52,9%), очень высокий – 4 (11,8%), т.е. преобладал высокий УС. Пациенток с низким и средним УП в исследовании не оказалось, высокий УП имели 24 пациентки (70,6%), очень высокий – 10 (29,4%).

Важным критерием является разница между УП и УС. В норме она должна составлять от 8 до 22 баллов, при этом притязания служат стимулом личностного развития. Если разница между ними от 0 до 7 баллов – личностного роста быть не может. Если данный показатель > 23 баллов, наблюдается конфликт между тем, к чему человек стремится, и тем, что он считает для себя возможным. Нормальная разница между исследуемыми показателями отмечалась лишь у 13 пациенток (38,2%), разница от 0 до 7 баллов не была выявлена, и резкий разрыв (> 23 баллов) между УП и УС – 21 пациент (61,8%), что свидетельствует о том, что у большинства обследуемых пациентов наблюдался внутрличностный конфликт между своими

возможностями и стремлениями, что мешает в дальнейшем адаптироваться к социальной жизни.

Так как распределение в шкале УС и УП получилось ненормальное, то для сравнительного анализа был выбран корреляционный метод Спирмена.

Статистически значимые средние обратные корреляционные связи были выявлены между УС и показателем разницы: чем выше УС, тем меньше показатель разницы ($r=-0,65$, $p<0,05$) и наоборот; между УП и показателем разницы: чем выше УП, тем меньше показатель разницы ($r=-0,40$, $p<0,05$) и наоборот. Также была выявлена сильная прямая связь между УС и УП: чем выше УС, тем выше и показатель УП ($r=0,885$, $p<0,05$). Вероятно, с высокой УС у людей увеличивается УП, так как они уверены в себе и своих силах и возможностях.

Не были обнаружены значимые корреляционные взаимосвязи между УС и следующими признаками: уровнем образования пациента, ведущим синдромом, возрастом манифестации заболевания. Статистически значимых корреляционных связей не было обнаружено между УП и возрастом пациента, возрастом манифестации заболевания, уровнем дохода пациента.

Средняя (умеренная) прямая статистически достоверная корреляционная связь присутствовала между УС пациенток и наличием инвалидности ($r=0,465$, $p<0,05$). Средняя (заметная) прямая статистически значимая корреляционная связь была выявлена между наличием инвалидности пациенток и их УП ($r=0,56$, $p<0,05$). У пациенток с инвалидностью УС и УП были ниже, чем у лиц, не имеющих инвалидности.

Слабые прямые статистически достоверные корреляционные взаимосвязи имелись между УС пациенток и их возрастом ($r=0,364$, $p<0,05$), а также уровнем дохода пациентов ($r=0,381$, $p<0,05$). Как правило, УС был выше у пациентов старше трудоспособного возраста, возможно, люди уже состоялись как личности, и их жизненный опыт и мировоззрение давали им возможность

выше оценивать себя и свои возможности. При низком доходе невозможность реализовать свои материальные потребности способствует снижению УС пациентов.

Средняя (значимая) прямая статистически достоверная корреляционная связь была выявлена между УС, УП и семейным положением ($r=0,603$, $p<0,05$) и ($r=0,636$, $p<0,05$) соответственно. Значимая средняя прямая корреляционная взаимосвязь присутствовала между УС пациентов и фактом наличия детей, ($r=0,584$, $p<0,05$), также УП пациенток и факт наличия детей имели сильную прямую достоверную корреляционную связь ($r=0,718$, $p<0,05$). У пациенток, имевших семью и детей, уровень УС и УП был выше, т.к. поддержка семьи делает человека более уверенным и позволяет строить планы с ориентацией на помощь и поддержку супруга или детей.

Слабая обратная статистически значимая связь между УП и уровнем образования была выявлена при корреляционном анализе ($r=-0,428$, $p<0,05$), следовательно, чем выше уровень образования, тем ниже уровень притязаний, видимо, достаточно образованные люди могут адекватнее осознавать свои возможности.

Была выявлена статистически значимая слабая прямая связь между УП и наличием работы у пациентов ($r=0,356$, $p<0,05$). Средняя прямая корреляционная была выявлена между УС и видом их деятельности ($r=0,561$, $p<0,05$). Как правило, УС и УП были выше у работающих пациенток и ниже у безработных, вероятно, возможность зарабатывать положительно влияет на самооценку.

Слабая прямая статистически значимая корреляционная связь была выявлена между ведущим синдромом пациенток и их УП ($r=0,398$, $p<0,05$), вероятно, это связано со спецификой синдромов, например, при депрессивном синдроме пациенты, возможно, хотят от себя большего, чтобы выйти из этого состояния, поэтому у них наблюдался высокий УП, также выше УП был у пациентов с галлюцинаторным и

психопатоподобным синдромами, а у лиц с параноидным, аффективно-параноидным и депрессивно-параноидным синдромами УП

был ниже, вероятно, бредовые идеи влияют отрицательно на УП пациентов.

Выводы

Таким образом, у пациенток, страдающих параноидной шизофренией, преобладают высокий и очень высокий УС – 64,7%, низкий УС имеют 29,4%. Высокий УП отмечается в 70,6% случаев и очень высокий – 29,4%, что отражает недостаточно реалистичное отношение пациенток к своим возможностям вследствие имеющегося заболевания. У большинства обследуемых пациентов (61,8%) наблюдается резкий разрыв между УС и УП, что свидетельствует о наличии внутриличностного конфликта между своими возможностями и стремлениями и мешает в дальнейшем адаптироваться к социальной жизни.

Способствуют повышению УС: возраст пациентов старше трудоспособного, наличие супруга и детей, отсутствие инвалидности, наличие работы и заработной платы больше МРОТ.

На УП положительно влияли: наличие супруга и детей, наличие работы и более высокого уровня образования; депрессивный, галлюцинаторный и психопатоподобный синдромы, а также высокий УС. Отрицательное влияние на УП имели: отсутствие работы, низкий УС, аффективно-параноидный, депрессивно-параноидный и параноидный ведущие синдромы.

Влияние самооценки и УП на поведение пациента, в том числе на процесс реабилитации, несомненно, поэтому необходимо включение в программу психосоциальной реабилитации молодых пациентов с шизофренией блока мероприятий, направленных на выявление и коррекцию данных психологических характеристик.

Список литературы / References

1. Institute of health Metrics and Evaluation (IHME) [Internet]. Global Health Data Exchange (GHDx). Available from : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019> (по состоянию на 25 сентября 2021 г.).

2. Олейчик, И. В. Эндогенные заболевания шизофренического спектра Москва, 2006. – 9 с. [Oleychik, I. V. Endogenous diseases of the schizophrenic spectrum Moscow, 2006. – 9 s. (In Russ)].

3. Дитятковский, М. А., Аристова, Т. А., Коцюбинский, А. П., Санькова, А. М. Значение когнитивных стилей в системе психологической адаптации больных шизотипическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2006. Т. 3, № 3. С. 26–29. [Dityatkovsky, M. A., Aristova, T. A., Kotsyubinsky, A. P., Sankova, A. M. The importance of cognitive styles in the system of psychological adaptation of patients with schizotypal disorders // Review of

psychiatry and medical psychology named after V. M. Bekhterev. 2006 ; 3 (3) : 26–29 (In Russ)].

4. Мальцева, Е. А., Злоказова, М. В. Исследование самооценки и уровня притязаний у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией // Сборник материалов межрегиональной конференции «Бехтеревские чтения». Киров, 2011. С. 45–46. [Maltseva, E. A., Zlokazova, M. V. A study of self-esteem and the level of claims in young patients suffering from schizophrenia // Collection of materials of the interregional conference "Bekhterev readings". Kirov, 2011 : 45–46 (In Russ)].

5. Головин, С. Ю. Словарь практического психолога. Минск : Харвест, 1998. 800 с. [Golovin, S. Y. Dictionary of a practical psychologist. Minsk : Harvest, 1998 – 800 s. (In Russ)].

6. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в

клинике (практическое руководство). М. : the experience of their application in the clinic
Медицина, 1970. 215 с. [Rubinstein, S. Ya. (practical guide). М. : Medicine, 1970. – 215 s.
Experimental methods of pathopsychology and (In Russ)].

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

УДК 614.2

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ АМБУЛАТОРНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ**

Антипенюк А.А., Антипенюк Н.А., Петров С.Б.
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: dfs2a@mail.ru*

Резюме. Статья посвящена сравнительной оценке структуры предлагаемых услуг в медицинских учреждениях государственной и частной форм собственности. Проводился анализ данных о количестве специалистов на официальных сайтах 29 государственных поликлиник и 1 частного медицинского центра г. Кирова. В зависимости от профиля деятельности медицинских работников были выделены категории сравнения структуры амбулаторной медицинской помощи взрослым пациентам и детям. Установлено, что в категориях, где были обнаружены достоверные различия, нельзя однозначно отметить приоритет медицинских организаций государственной или частной форм собственности. Полученные результаты имеют значение в контексте оптимизации работы государственных лечебно-профилактических учреждений, а также взаимодействия государственного и частного сектора отечественной медицины.

Ключевые слова: структура амбулаторной медицинской помощи, государственные поликлиники, частная медицина.

**COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE STRUCTURE
OF OUTPATIENT MEDICAL CARE IN PUBLIC AND PRIVATE
HEALTH ORGANIZATIONS**

Antipenok A.A., Antipenok N.A., Petrov S.B.
*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia
(112 K. Marx Street, Kirov, 610027), e-mail: dfs2a@mail.ru*

Summary. The article is devoted to comparative assessment of the structure of the services offered by public and private medical healthcare organisations. The data on the number of specialists on the official websites of 29 state polyclinics and 1 private medical center in Kirov was analyzed. Depending on the profile of the activity of medical workers, the categories of comparison of the structure of outpatient medical care for adult patients and children were identified. The results obtained are important for improving the work of state treatment and prevention institutions, as well as the interaction between public and private sectors of the national health care system.

Keywords: structure of outpatient medical care, state polyclinics, private medicine.

Введение

На сегодняшний день наряду с государственными медицинскими учреждениями в России активно функционирует частный сектор оказания медицинской помощи. К основным тенденциям развития рынка медицинских услуг относятся распространение многопрофильных медицинских центров, формирование сетей коммерческих медицинских организаций, расширение профиля деятельности и появление новых медицинских компаний [1, с. 85]. В связи с преодолением кризиса, обусловленного пандемией COVID-19, в частной медицине появляются условия для более глубокого внедрения клиентоориентированного подхода. Параллельно вводятся законодательные и организационные изменения, в ряде случаев способствующие реформированию системы здравоохранения в целом [2], [3]. Следует отметить, что конкуренция в сфере медицинских услуг носит социальный характер. Так, с целью набора высококвалифицированных кадров частные медицинские организации стремятся заинтересовать медицинских работников не только заработной платой, но и удобным графиком, высокотехнологичным оборудованием и т.д. [4]. Что касается привлечения пациентов, то здесь преимуществом частного сектора может быть структура предлагаемых медицинских услуг [5], [6]. Сравнительный анализ обеспеченности специалистами государственных поликлиник и частного медицинского

центра позволит определить направления совершенствования системы здравоохранения в условиях, когда частный сектор может стать «движущей силой» позитивных преобразований, затрагивающих государственные медучреждения.

Цель: дать оценку структуре предлагаемых услуг в медицинских организациях государственной и частной форм собственности.

Материалы и методы исследования: проанализирована структура медицинских услуг для взрослых и детей в 29 поликлиниках г. Кирова в сравнении с многопрофильным частным медицинским центром. Для расчетов были использованы данные о количестве специалистов с официальных сайтов медицинских организаций. Для проведения исследования были выделены следующие категории сравнения:

1. специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии жизненно важных систем органов: гастроэнтеролог, кардиолог, невролог, пульмонолог, эндокринолог;
2. специалисты терапевтического профиля: врач общей практики, терапевт;
3. специалисты хирургического и травматологического профиля: колопроктолог, нейрохирург, сердечно-сосудистый хирург, травматолог-ортопед, хирург, эндоскопист;
4. специалисты, оказывающие медицинские услуги при инфекционных

заболеваниях, патологии иммунной и покровной систем: аллерголог-иммунолог, дерматовенеролог, инфекционист, ревматолог, фтизиатр;

5. специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы: акушер-гинеколог, нефролог, врач смотрового кабинета, уролог;

6. специалисты онкологического и гематологического профиля;

7. специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии слухового и зрительного анализатора: оториноларинголог, оториноларинголог-сурдолог, офтальмолог;

8. специалисты профилей «психиатрия», «психотерапия», «наркология» и «сексология»;

9. специалисты стоматологического профиля: ортодонт, стоматолог детский, стоматолог общей практики, стоматолог-ортопед, стоматолог-хирург;

10. специалисты, оказывающие медицинские услуги пациентам

определенной возрастной категории: гериатр, педиатр;

11. специалисты доврачебного кабинета и фельдшеры.

Для оценки статистической значимости различий обеспеченности специалистами государственного и частного секторов медицины применялся критерий Хи-квадрат. При расчете критерия для сравнительного анализа по четырехпольным таблицам для получения более точного результата учитывалась поправка Йетса. Одним из условий использования критерия Хи-квадрат является то, что суммы по строкам и столбцам таблиц всегда должны быть >0 [7], в связи с чем из категорий сравнения были исключены некоторые строки. Количество специалистов в этих случаях отражено в тексте статьи. При сравнении структуры медицинских услуг для детей в отдельную категорию были выделены педиатр и детский фельдшер. Достоверными считались результаты, полученные при $p \leq 0,05$. Расчеты проводились в программе Microsoft Excel и Statistica 10 (StatSoft).

Основное содержание

Абсолютное количество специалистов государственных поликлиник, включенных в анализ, составило 1212 чел., из них 795 (65,6%) оказывают медицинские услуги взрослым пациентам, 417 (34,4%) – детям. 306 врачей, включенных в анализ, являются специалистами частного медицинского центра, из них 209 чел. (68,3%) ведут прием

для взрослых пациентов, 97 чел. (31,7%) – для детей.

В таблице (таблица 1) приведены результаты сравнения структуры медицинских услуг для взрослых пациентов в государственном и частном секторе.

Таблица 1

Структура медицинских услуг для взрослых пациентов

1. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии жизненно важных систем органов	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
	Гастроэнтеролог	2	2,2	10
Кардиолог	19	21,3	12	23,5
Невролог	35	39,3	18	35,3
Пульмонолог	2	2,2	3	5,9
Эндокринолог	31	34,8	8	15,7
p (Хи-квадрат)	<0,01**			
2. Специалисты терапевтического профиля:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%

Медицинское образование сегодня,1 (25), 2024

Врач общ. практики	25	11,4	0	0,0
Терапевт	194	88,6	25	100,0
р (Хи-квадрат)	0,15			
3. Специалисты хирургического и травматологического профиля:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Колопроктолог	1	2,4	3	9,7
Нейрохирург	2	4,8	1	3,2
Сердечно-сосудистый хирург	2	4,8	3	9,7
Травматолог-ортопед	9	21,4	5	16,1
Хирург	27	64,3	14	45,2
Эндоскопист	1	2,4	5	16,1
р (Хи-квадрат)	0,16			
4. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при инфекционных заболеваниях, патологии иммунной и покровной систем:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Аллерголог-иммунолог	3	6,3	2	11,1
Дерматовенеролог	23	47,9	5	27,8
Инфекционист	8	16,7	4	22,2
Ревматолог	7	14,6	6	33,3
Фтизиатр	7	14,6	1	5,6
р (Хи-квадрат)	0,28			
5. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Акушер-гинеколог	63	63,6	21	70,0
Нефролог	2	2,0	3	10,0
Смотровой кабинет	18	18,2	0	0,0
Уролог	16	16,2	6	20,0
р (Хи-квадрат)	0,02*			
6. Специалисты онкологического и гематологического профиля:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Онколог	24	100,0	3	60,0
Гематолог	0	0,0	2	40,0
р (Хи-квадрат)	0,03*			
7. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии слухового и зрительного анализатора:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Оториноларинголог	16	30,2	7	50,0
Оториноларинголог-сурдолог	1	1,9	0	0,0
Офтальмолог	36	67,9	7	50,0
р (Хи-квадрат)	0,35			
8. Специалисты профилей «психиатрия», «психотерапия», «наркология», «сексология»	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Психиатр	13	44,8	3	50,0
Психиатр-нарколог	6	20,7	1	16,7
Психотерапевт	8	27,6	2	33,3

Сексолог	2	6,9	0	0,0
р (Хи-квадрат)	0,91			
9. Специалисты стоматологического профиля:	Гос. сектор	%	Частный сектор	%
Ортодонт	0	0,0	3	10,3
Стоматолог общей практики	108	76,6	7	24,1
Стоматолог-ортопед	17	12,1	11	37,9
Стоматолог-хирург	16	11,3	8	27,6
р (Хи-квадрат)	<0,01**			

Примечание: * – статистически значимые различия при $p < 0,05$;

** – статистически значимые различия при $p < 0,01$

Статистически значимые отличия ($p < 0,01$) в структуре медицинских услуг были выявлены в категории «Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии жизненно важных систем органов»: прием эндокринолога более широко представлен в государственных поликлиниках, в то время как гастроэнтерология и пульмонология имеют больший удельный вес в частном секторе. Примечательно, что в государственных поликлиниках записи к колопроктологу и эндоскописту нет – пациенты могут попасть на прием только по направлению. Сравнительный анализ в категории «Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы» показал, что предложение по профилю «нефрология» преобладает в частной медицине, при этом смотровой кабинет функционирует только в государственных поликлиниках ($p < 0,05$). Достоверные отличия в категории «Специалисты онкологического и

гематологического профиля» ($p < 0,05$) объясняются тем, что на прием к гематологу можно записаться только в частном центре. Также статистически значимые отличия ($p < 0,01$) были выявлены в категории стоматологических услуг: к ортоденту можно записаться только в частном центре; стоматология общей практики более широко представлена в государственном секторе; стоматологические ортопедия и хирургия преимущественно предлагаются в частной медицине. В некоторых государственных поликлиниках запись к стоматологу общей практики и стоматологу-ортопеду – платная. Также следует отметить, что амбулаторный прием сексолога, оториноларинголога-сурдолога, гериатра, фельдшера и врача доврачебного кабинета ведется только в государственных медучреждениях.

В таблице (таблица 2) представлены результаты сравнения структуры медицинских услуг для детей в государственном и частном секторе.

Таблица 2

Структура медицинских услуг для детей

1. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии жизненно важных систем органов:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Гастроэнтеролог	3	8,3	3	12,5
Кардиолог	5	13,9	5	20,8
Невролог	16	44,4	9	37,5
Пульмонолог	4	11,1	3	12,5
Эндокринолог	8	22,2	4	

p (Хи-квадрат)	0,90			
2. Специалисты хирургического и травматологического профиля:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Нейрохирург	2	7,7	0	0,0
Травматолог-ортопед	8	30,8	2	25,0
Хирург	16	61,5	6	75,0
p (Хи-квадрат)	0,65			
3. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при инфекционных заболеваниях, патологии иммунной и покровной систем:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Аллерголог-иммунолог	7	33,3	3	27,3
Дерматовенеролог	4	19,0	4	36,4
Инфекционист	1	4,8	2	18,2
Ревматолог	2	9,5	1	9,1
Фтизиатр	7	33,3	1	9,1
p (Хи-квадрат)	0,40			
4. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Акушер-гинеколог	5	33,3	2	20,0
Нефролог	4	26,7	2	20,0
Смотровой кабинет	5	33,3	0	0,0
Уролог	1	6,7	6	60,0
p (Хи-квадрат)	0,02*			
5. Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии слухового и зрительного анализатора:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Оториноларинголог	16	47,1	7	58,3
Оториноларинголог-сурдолог	2	5,9	0	0,0
Офтальмолог	16	47,1	5	41,7
p (Хи-квадрат)	0,61			
6. Специалисты профилей «психиатрия», «психотерапия», «наркология»:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Психиатр	9	45,0	2	66,7
Психиатр-нарколог	4	20,0	0	0,0
Психотерапевт	7	35,0	1	33,3
p (Хи-квадрат)	0,65			
7. Специалисты стоматологического профиля:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%

			сектор: дети	
Ортодонт	1	2,9	1	5,6
Стоматолог общ. практики	25	71,4	2	11,1
Стоматолог-хирург	3	8,6	0	0,0
Стоматолог детский	6	17,1	15	83,3
p (Хи-квадрат)	<0,01**			
8. Специалисты, оказывающие медицинские услуги пациентам определенной возрастной категории:	Гос. сектор: дети	%	Частный сектор: дети	%
Педиатр	224	98,2	11	100,0
Фельдшер	4	1,8	0	0,0
p (Хи-квадрат)	0,45			

Примечание: * – статистически значимые различия при $p < 0,05$;

** – статистически значимые различия при $p < 0,01$

Было установлено, что структура медицинских услуг для детей в государственном и частном секторе медицины статистически значимо различается в категориях «Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы» ($p < 0,05$) и «Специалисты стоматологического профиля» ($p < 0,01$). Как и во взрослой практике, смотровой кабинет оборудован только в государственных поликлиниках, при этом детская урология значительно более широко представлена в частном секторе. В категории стоматологических услуг стоматология общей практики и стоматологическая хирургия для детей предлагается в основном государственным сектором. Однако прием у стоматолога общей практики в некоторых государственных поликлиниках является

платным. Выделение детской стоматологии в отдельный вид услуг является преимуществом частного медицинского центра. Прием стоматолога-ортодонта также более доступен в частном секторе медицины. Примечательно, что в государственных поликлиниках на прием к аллергологу-иммунологу, гастроэнтерологу и онкологу дети могут попасть только по направлению. Прием детей у нейрохирурга, оториноларинголога-сурдолога, психиатра-нарколога, стоматолога-хирурга и детского фельдшера доступен только в государственном секторе. Запись к таким специалистам, как стоматолог-ортопед, эндоскопист, сердечно-сосудистый хирург, колопроктолог, отсутствует как в государственных поликлиниках, так и в частном центре. Прием детей онкологом и гематологом ведется только в частном секторе медицины.

Заключение

Были выявлены статистически значимые различия структуры амбулаторной медицинской помощи взрослым пациентам между государственным и частным сектором медицины в следующих категориях: специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии жизненно важных систем органов; специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии

мочеполовой системы; специалисты онкологического и гематологического профиля; специалисты стоматологического профиля. В детской практике обнаружены достоверные отличия в категориях «Специалисты, оказывающие медицинские услуги при патологии мочеполовой системы» и «Специалисты стоматологического профиля». В категориях, где были выявлены различия,

нельзя однозначно отметить приоритет медицинских организаций государственной или частной форм собственности – одни услуги наиболее широко представлены в государственных поликлиниках, другие – в частном медицинском центре. Вероятно, в определенных ситуациях государственные и частные медицинские учреждения могут дополнять друг друга, однако необходимо, чтобы пациент всегда мог сделать выбор в пользу того или иного варианта самостоятельно. Несмотря на то, что в остальных категориях сравнения статистически значимых отличий выявлено не было, следует отметить, что в государственных поликлиниках записаться к специалистам сложнее. Наибольшие трудности испытывают пациенты при

записи на прием в поликлинику в том случае, если они прикреплены к другой поликлинике. Кроме того, консультацию ряда специалистов в государственном учреждении можно получить только по направлению. Одним из возможных вариантов совершенствования системы оказания бесплатной амбулаторной помощи может стать «софинансирование», то есть частичная поддержка государством частного сектора медицины с целью перераспределения нагрузки на бюджетное здравоохранение [2]. Результаты данного исследования могут быть использованы для дальнейшей оптимизации работы государственных лечебно-профилактических учреждений.

Список литературы / References

1. Шакиров, А. А. Некоторые особенности организации частной медицины в Российской Федерации и оказания частными организациями медицинских услуг // Вестник Московского университета МВД России. – 2019. – № 7. – С. 83–89. [Shakirov, A. A. Nekotorye osobennosti organizacii chastnoj mediciny v Rossijskoj Federacii i okazaniya chastnymi organizacijami medicinskih uslug // Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii. 2019 ; (7) : 83–89 (In Russ)].
v sisteme zdavoohraneniya Rossii // Teoreticheskaya i prikladnaya ekonomika. 2023 ; (1) : 36–45 (In Russ)]. DOI: 10.25136/24098647.2023.1.37514
2. Ананьева, Е. О., Махиборода, М. Н., Юнусова, К. В. К вопросу о развитии частной медицины в условиях ограничений и новых рисков // Вестник Томского государственного университета. Право. – 2023. – № 47. – С. 144–161. [Anan'eva, E. O., Mahiboroda, M. N., Yunusova, K. V. K voprosu o razvitii chastnoj mediciny v usloviyah ogranichenij i novyh riskov // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Pravo. 2023 ; (47) : 144–161 (In Russ)]. DOI: 10.17223/22253513/47/9
3. Байгулова, А. А., Довлетов, А. Б. Эффективность частных медицинских организаций в системе здравоохранения России // Теоретическая и прикладная экономика. – 2023. – № 1. – С. 36–45. [Bajgulova, A. A., Dovletov, A. B. Effektivnost' chastnyh medicinskih organizacij
4. Соклакова, И. В., Санталова, М. С., Кузьмина, Е. Ю., Плиев, Х. И. Особенности формирования и развития рынка медицинских услуг в условиях пандемии // Экономические системы. – 2021. – Том 14. № 3 (54). – С. 88–94. [Soklakova, I. V., Santalova, M. S., Kuz'mina, E. Yu., Pliev, H. I. Osobennosti formirovaniya i razvitiya rynka medicinskih uslug v usloviyah pandemii // Ekonomicheskie sistemy. 2021 ; 14. (3(54)) : 88–94 (In Russ)]. DOI: 10.29030/2309-2076-2021-14-3-88-94
5. Кузнецов, М. А. Потребительские предпочтения как фактор, влияющий на выбор платных медицинских услуг // Креативная экономика. – 2021. – Том 15. № 5. – С. 1963–1976. [Kuznecov, M. A. Potrebitel'skie predpochteniya kak faktor, vliyayushchij na vybor platnyh medicinskih uslug // Kreativnaya ekonomika. 2021 ; 15. (5) : 1963–1976 (In Russ)]. DOI: 10.18334/ce.15.5.112035
6. Вакулов, А. П., Есечкин, Д. А., Ромашов, О. К. Современные тенденции развития рынка частной медицины // Вестник науки. – 2022. – № 12 (57). – С. 32–39. [Vakulov, A. P., Esehkin, D. A.,

Romashov, O. K. *Sovremennye tendencii razvitiya rynka chastnoj mediciny // Vestnik nauki.* 2022 ; 12 (57) : 32–39 (In Russ)].

7. Бююль, А., Цёфель, П. *SPSS : Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей : Пер. с нем. –*

СПб. : ДиаСофтЮП, 2005. [Byuyul', A., Cyofel', P. *SPSS : Iskusstvo obrabotki informacii. Analiz statisticheskikh dannyh i vosstanovlenie skrytyh zakonornostej : Per. s nem. – SPb. : DiaSoftYuP, 2005 (In Russ)].*

УДК 616.915-022.6-036.22-039.71(470+571)

АНАЛИЗ И ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Богачева Н.В., Ананина Е.А.,
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: bogacheva70@mail.ru*

Резюме. Данная статья посвящена анализу заболеваемости корью в Российской Федерации за последние пять лет с 2019 г. по 2023 г. Рассмотрены по годам эпидемические вспышки, распространённость и динамика заболеваемости корью. Проанализированы основные причины увеличения численности заболевших за последние пять лет, среди которых политические, социальные, религиозные и другие причины. Обоснована одна из основных причин нестабильности эпидемической обстановки по заболеваемости корью в России в данный период времени – пандемия инфекции COVID-19. Представлены направления по введению эффективных мероприятий, направленных на остановку распространения заболеваемости корью.

Ключевые слова: корь, заболеваемость, статистика, меры профилактики.

ANALYSIS OF MEASLES INCIDENCE AND CAUSES IN PRESENT-DAY CONDITIONS

Bogacheva N.V., Ananina E.A.,
*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marks St., 112),
e-mail.ru: bogacheva70@mail.ru*

Summery. This article is devoted to the analysis of the incidence of measles in the Russian Federation over the past five years from 2019 to 2023. Epidemic outbreaks, prevalence and dynamics of measles incidence have been discussed and compared. The main reasons for the increase in the number of cases over the past

five years, including political, social, religious and other reasons, have been analyzed.

One of the main reasons for instability of the measles epidemic situation in Russia in this period of time - the COVID-19 pandemic - is justified. Directions for the introduction of effective measures aimed at stopping the spread of measles are presented.

Keywords: measles, morbidity, statistics, prevention measures.

Введение

Корь с давних времен известна человеку как вирусное высококонтагиозное заболевание с характерной клинической симптоматикой – острым течением, экзантемой, лихорадкой.

Несмотря на то, что данная инфекция относится к управляемым, с установленными сроками проведения плановых профилактических и сформированной тактикой противоэпидемических мероприятий, до настоящего времени не удается достигнуть результатов по снижению заболеваемости корью. Особенно актуально данный вопрос по снижению управляемости данной инфекции возник в последние годы, что и обосновало актуальность проведения анализа эпидемической ситуации в Российской Федерации и рассмотрению возможных причин способствующих распространению инфекции [1].

Цель: анализ частоты и распространенности заболеваемости детей и взрослых корью в России с 2019 г. по 2023 г.

Материалы и методы исследования: Аналитический – статистический анализ данных ВОЗ, Федеральной службы государственной статистики (Росстат), данные научных исследований новых случаев заболеваемости корью в РФ за период с 2019 г. по 2023 г.

Результаты. Всего за 2019 г. число заболевших составило 4153 человека (в том числе 2395 детей). Большое количество больных наблюдалось в республике Дагестан, а также в Новосибирской, Ивановской и Свердловской областях. За шесть месяцев 2019 г. количество заболевших корью достигло 3251 человек,

из них в Москве – 1198, в Московской области – 1198 случаев. Большая вспышка наблюдалась в Новосибирске – 50 заболевших, все из них были не привитые по религиозным убеждениям. У большинства корь регистрировалась в весенние месяцы [2]. В 2020 г. заболеваемость по сравнению с 2019 г. снизилась почти в три с половиной раза и составила 1212 человек. Случаи заболеваемости были зарегистрированы только в первое полугодие 2020 г.: 507 в республике Дагестан, в Москве – 314, в Кировской области – 1 случай. В 2021 г. зарегистрирован один единственный случай заболеваемости корью – в Оренбургской области [3]. За первые 5 месяцев 2022 г. выявлено 14 больных корью детей до 17 лет. За весь 2022 г. зарегистрировано 102 случая: в Новосибирской области – 38 заболевших, в Самарской области – 16, в Москве – 11, в Ленинградской области – 6, в остальных регионах – не более 5 случаев [4]. В 2023 г. заболеваемость корью резко возросла. За 9 месяцев этого года зарегистрировано 8073 случая в нескольких десятках регионов, что говорит о циклическом подъеме заболеваемости, характерном для кори. Большинство заболевших – дети до 14 лет (4989 случаев). Весной 2023 г. некоторые вузы Москвы (МГУ, Московский авиационный институт, РГУ нефти и газа имени Губкина) переводили факультеты на дистанционное обучение из-за подозрений на корь или выявления заболеваний. Летом был выявлен очаги в Курске с 70 заболевшими корью, все заболевшие лица были не привиты против кори, среди них 50 детей. В Липецкой области обнаружено 5 очагов, 3 из которых – среди цыган, всего 21 случай заболевания. В Пензенской области

на конец июля число заразившихся достигло 78 человек. В Саратовской области на этот же период таких случаев 62, среди которых оказались 4 привитых ребенка. В Буйском районе Костромской области за 4 последовательных дня были обнаружены 4 случая кори. В Челябинской области подтверждено 70 случаев заболевания корью, 30 из них – дети. Летом, в период детских лагерей, участились случаи регистрации кори у привитых детей. В

Краснодарском крае за 4 месяца число заразившихся выросло в 2 раза и составляет 143 случая. В Арзамасском районе Нижегородской области осенью зарегистрирована вспышка кори – 93 заболевших, источником стал непривитый ребенок, приехавший из другого региона. В Саратовской области в сентябре закрыли 17 школ на карантин из-за кори. Выявление заболевших продолжается и на сегодняшний день [5].

Основное содержание

Корь – острое высококонтагиозное антропонозное инфекционное заболевание, поэтому случаи кори быстро распространяются по стране. Групповые очаги кори наблюдаются среди групп людей, отказывающихся от вакцинации по религиозным причинам, а также ведущих кочевой образ жизни. Некоторые родители, убежденные во вредном воздействии прививок на организм, отказываются от вакцинации своих детей. Все это ведет к увеличению числа лиц, не имеющих иммунитета к кори, следствием чего является подъем заболеваемости – непривитые и не болевшие корью люди заболевают почти в 100% случаев [6].

Немаловажный фактор в нарушении в развитии неблагоприятной эпидемической ситуации по заболеваемости корью имела пандемия инфекции COVID-19. Развитие пандемии COVID19 произошло на фоне активизации антипрививочных настроений во всем мире, в том числе в России. По данным ВОЗ, во всем мире в 2019 г. охват детского населения вакцинацией был недостаточен и составил 85% [7, 8].

Уже в первые месяцы пандемии снизилась доступность вакцинных препаратов для медицинских организаций, возникли перебои с доставкой препаратов. На 20% уменьшились поставки тривакцинного препарата (MMR), применяемого для профилактики кори, краснухи и эпидемического паротита, в европейские страны [9].

В страны Северной Америки, которые имели до этапа пандемии статус территорий с элиминированной корью, в условия

пандемии с января по апрель 2020 г. по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. охват прививками сократился на 21,5%. По данным ВОЗ, к октябрю 2020 г. в 26 странах Европейского региона непривитыми остались 94 млн детей. О наличии проблем в организации вакцинопрофилактики и поддержании высокого уровня охвата плановыми прививками сообщили большинство стран региона [10].

В среднем на фоне пандемии около 60% детей, подлежащих вакцинации, отложили посещение медицинских организаций на неопределённый срок. Кроме того, общей проблемой для Европейского региона является обилие мигрантов из других стран, формирование общин. Из-за языкового и культурного барьера такие люди крайне редко обращаются за медицинской помощью, в ряде случаев не имеют медицинской страховки. Среди этого контингента, в конечном итоге, формируются обширные группы непривитых лиц, которые, в свою очередь, способствуют распространению инфекций среди местного населения. Миграционные и социальные риски являются причиной формирования неравномерности в охвате населения вакцинопрофилактикой и в РФ [11].

Лица, мигрирующие из других стран, регионов по социальным или политическим соображениям, где нарушена вакцинация населения в рамках национального календаря прививок, становятся источниками завозных случаев и причиной возникновения очагов непривитого населения в Российской Федерации. В

основном заболевании в Россию завозят из неблагополучных по эпидемиологической обстановке стран, таких как Таджикистан, Азербайджан, Украина [12].

Кроме того, заболеваемость корью вакцинированных людей, согласно исследованиям, может быть объяснена просто утратой поствакцинального иммунитета.

В качестве основных мер остановки распространения инфекции следует считать противоэпидемические мероприятия – привиты должны быть не менее 95% населения. С целью создания устойчивого коллективного иммунитета к кори в РФ было принято решение провести догоняющую иммунизацию детского

населения и подчищающую иммунизацию среди взрослого населения [13]. Подчищающей вакцинации подлежат непривитые и не болевшие корью или привитые однократно дети и взрослые. Детям делают прививку в возрасте 12 месяцев и шести лет согласно национальному календарю профилактических прививок. Также вакцинации подлежат мигранты, лица без особого места жительства при отсутствии данных о вакцинации ранее или отсутствии подтверждения напряженного иммунитета к кори. Людям, имеющим абсолютные противопоказания к вакцинации (иммунодефициты, злокачественные новообразования, беременность) вводится иммуноглобулин человека нормальный.

Заключение

Таким образом, результаты анализа показали, что за последние пять лет возросла заболеваемость корью. Среди основных причин роста заболеваемости – снижение иммунологической прослойки населения из-за нарушения плановости вакцинации в период инфекции COVID-19, отказа от вакцинации по религиозным

соображениям и иным соображениям, сбоям в вакцинации в отдельных регионах из-за неблагополучной политической и социальной обстановки. В качестве эффективных мер рассматриваются догоняющая иммунизация детского населения и подчищающая иммунизация среди взрослого населения.

Список литературы / Referrences:

1. Поздняков, А. А., Чернявская, О. П. Проявления эпидемического процесса кори и краснухи на современном этапе // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2018. – Т. 17. – № 5. – С. 45–53. [Pozdnyakov, A. A., Chernyavskaya, O. P. Manifestations of the epidemic process of measles and rubella at the present stage. *Epidemiology and Vaccinoprophylaxis*. 2018 ; 17 (5) : 45–53 (In Russ)]. DOI: 10.31631/2073-3046-2018-17-5-45-53.

2. Заболеваемость корью, краснухой и эпидемическим паротитом в России. ФБУН МНИИЭМ им. Г. Н. Габричевского Роспотребнадзора. – Москва : Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой, 2023. – URL: <http://www.gabrich.ru/measles-center.html> (дата обращения: 27.11.2023). [Incidence of measles, rubella and mumps in Russia. FBIS MRIEM named after G. N.

Gabrichovsky Rospotrebnadzor. – Moscow : National Research and Methodological Center for Measles and Rubella Surveillance, 2023. – URL: <http://www.gabrich.ru/measles-center.html> (accessed on: 27.11.2023) (In Russ)].

3. EpiData 1/2021. World Health Organization/Europe. – URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/epidata-1-2021> (cited 2023 Nov 27).

4. В России за первые пять месяцев 2022 года выявили 14 случаев заболевания корью. Информационное агентство ТАСС. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/15035035> (дата обращения : 27.11.2023). [In Russia, in the first five months of 2022, 14 cases of measles were detected. TASS News Agency. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/15035035> (accessed on : 27.11.2023) (In Russ)].

5. Measles and rubella monthly update – WHO European Region. October 2023. World

- Health Organization. Regional Office for Europe. – URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/m/item/measles-and-rubella-onthly-update---who-european-region---october-2023>.
6. Савенкова, М. С. Корь (Morbilli) сегодня : проблемы, статистика, клинические особенности течения у детей и взрослых // Вопросы практической педиатрии. – 2020. – Т. 15. – № 4. – С. 54–61. [Savenkova, M. S. Measles (Morbilli) today : problems, statistics, and clinical manifestations in children and adults. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2020 ; 15 (4) : 54–61 (In Russ)]. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-4-54-61
7. Patel, M. K., Goodson, J. L., Alexander, J. P. Jr., et al. Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 ; 69 (45) : 1700–1705. DOI: 10.15585/mmwr.mm6945a6.
8. Akimkin, V. G., Kuzin, S. N., Semenenko, T. A., et al. Patterns of the SARS-CoV-2 epidemic spread in a megacity. *Problems of Virology*. 2020 ; 65 (4) : 203–211. DOI:10.36233/0507-4088-2020-65-4-203-211.
9. Saxena, S., Skirrow, H., Bedford, H. Routine vaccination during Covid-19 pandemic response. *BMJ*. 2020 ; 369 : m2392. DOI: 10.1136/bmj.m2392.
10. Warn of a decline in vaccinations during COVID-19. WHO and UNICEF. 15 July 2020. News release. Geneva / New York. – URL: <https://www.who.int/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-Covid-19>. (cited 2023 Nov 27).
11. Семеновко, Т. А., Ноздрачева, А. В. Анализ и перспективы развития эпидемической ситуации по кори в условиях пандемии COVID-19. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2021. – Т. 20. – № 5. – С. 21–31. [Semenenko, T. A., Nozdracheva, A. V. Analysis and prospects for the development of the measles epidemic situation in the context of the COVID-19 pandemic. *Epidemiology and Vaccinoprophylaxis*. 2021 ; 20 (5) : 21–31 (In Russ)]. DOI: 10.31631/2073-3046-2021-20-5-21-31.
12. О неблагоприятии по кори в странах Европы. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Алтай. – URL: <https://04.rosпотребнадзор.ru/index.php/epid-otdel/org/1807-1052012.html> (дата обращения: 27.11.2023). [On measles disadvantage in European countries. Office of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare in the Altai Republic. – URL: <https://04.rosпотребнадзор.ru/index.php/epid-otdel/org/1807-1052012.html> (accessed on: 27.11.2023) (In Russ)].
13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.02.2023 № 1 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации». – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202303090001> (дата обращения : 27.11.2023). [Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation No. 1 dated 08.02.2023 «O provedenii podchishchayushchej immunizacii protiv kori na territorii Rossijskoj Federacii». – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202303090001>. (accessed on: 27.11.2023) (In Russ)].

УДК616.8-085.2/.3

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Отмахов И.О., Салангин Д.Д., Леонова И.А., Элсемари Т.Ф., Петров Б.А.
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112),
e-mail: I.otmahov@yandex.ru*

Резюме. На сегодняшний момент во всем мире увеличивается распространенность неврологических заболеваний, а также высокая инвалидизация после их перенесения, что определяет актуальность совершенствования знаний в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний нервной системы. В статье представлен анализ статистики неврологических заболеваний с 2010 по 2021 год в Кировской области. Разобраны методы лечения основных неврологических заболеваний с 2010 по 2021 год согласно клиническим рекомендациям.

Ключевые слова: неврологические заболевания, распространенность, клинические рекомендации, лечение.

MORBIDITY OF NEUROLOGICAL DISEASES IN THE KIROV REGION: CHILDREN AND ADULTS

Otmakhov I.O., Salangin D.D., Leonova I.A., Elsemary T.F., Petrov B.A.
*Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street 112), e-mail:
I.otmahov@yandex.ru*

Summary. Prevalence of neurological diseases is currently increasing all over the world. Meanwhile disabilities caused by these disorders are growing in number. These facts determine the relevance of investigation in the field of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of neurological diseases.

Keyword: nervous diseases, prevalence, clinical recommendations, treatment.

Введение

Неврология считается одной из быстро развивающихся клинических дисциплин. И основной актуальной проблемой направления является снижение распространенности нервных болезней.

Рост заболеваемости среди взрослого населения говорит о недостаточном выявлении патологии среди лиц детского

возраста, что ведет к прогрессированию заболевания.

При решении проблемы нужно учитывать, что любая возрастная группа имеет свои особенности течения и лечения заболевания для той или иной группы нервных болезней. Поэтому необходимо проанализировать показатели заболеваемости населения,

характеризующие отличительные черты отдельно взятого региона.

Целью является изучение распространенности неврологических заболеваний детского и взрослого населения Кировской области.

Для данной работы сформулированы следующие задачи:

1. Сравнить распространенность неврологических заболеваний в период с 2010 по 2021 гг.

2. Сравнить исследованность этиологии, а также принципы лечения заболеваний в 2010 и 2021 гг.

3. Изучить рекомендации и стратегии по лечению актуальных нервных заболеваний.

Материалы и методы. В работе проведено ретроспективное исследование «Статистика здоровья населения и здравоохранения в Кировской области» за 2010–2021 гг. Также в основу статьи легло изучение научной литературы, современных научных статей, а также положений Российских клинических рекомендаций.

Основное содержание

Подходы в лечении пациентов за последние десятилетия сильно изменились. Появление новых, современных методик помогло врачам в лечении многих заболеваний, в особенности заболеваний, связанных с нервной системой. Об успехах лечения как взрослых, так и детей мы можем судить из результатов статистики воспалительных заболеваний ЦНС.

За период с 2010 по 2021 годы резко отмечается снижение уровня воспалительных заболеваний ЦНС среди детей возраста до 14 лет. Абсолютный прирост составил в 2014 – (-26.1), 2021 – (-

4.8). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 53.5, 2021 – 10.7. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 53.5, 2021 – 55.6. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-46.5), 2021 – (-44.4). Аналогичные показатели можно наблюдать у взрослых от 18 лет. Абсолютный прирост составил в 2014 – (-20.4), 2021 – (-0.8). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 64.8, 2021 – 4.1. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 64.8, 2021 – 75.0. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-35.2), 2021 – (-25.0).



Рис. 1. Воспалительные заболевания ЦНС

Снижение показателей воспалительных заболеваний ЦНС в период с 2010 по 2015 годы.

В период с 2015 по 2021 годы кривая не превышает отметки в 20 человек на 100000 населения.

Эпизодические и пароксизмальные расстройства.

В период с 2010 по 2021 отмечается снижение заболеваемости со стороны эпизодических и пароксизмальных расстройств среди пациентов до 14 лет абсолютный прирост составил в 2014 – (-

421.0), 2021 – (-87.5). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 73.0, 2021 – 76.4. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 73.0, 2021 – 93.0. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-27.0), 2021 – (-6.8). Снижение уровня эпизодических и пароксизмальных расстройств у пациентов старше 18 лет:

абсолютный прирост составил в 2014 – (-51.3), 2021 – (-9.6). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 90.3, 2021 – 93.7. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 90.3, 2021 – 98.1. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-9.7), 2021 – (-1.9).

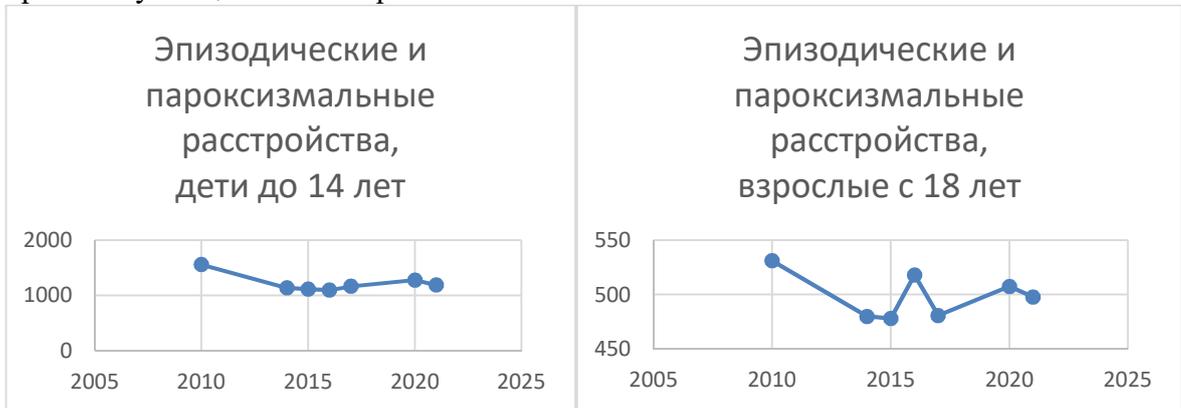


Рис. 2. Эпизодические пароксизмальные расстройства

Согласно графику среди детей в возрасте до 14 лет количество случаев эпизодических и пароксизмальных расстройств на 100000 держится в пределах от 2000 до 1000 пациентов. У взрослых, наоборот, частота встречаемости колеблется в пределах от 550 до 450 случаев на 100000 человек.

Поражение отдельных нервов, нервных корешков и нервных сплетений, полиневропатии и другие поражения ПНС.

Поражение отдельных нервов, нервных корешков и нервных сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы среди

пациентов до 14 лет: абсолютный прирост составил в 2014 – 15.9, 2021 – 0.0. Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 124.5, 2021 – 115.7. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 124.5, 2021 – 100.0. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 24.5, 2021 – 0.0. Показатели среди взрослого старше 18 лет населения со схожими заболеваниями резко снизились, абсолютный прирост составил в 2014 – (-53.4), 2021 – (-66.4). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 89.6, 2021 – 67.7. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 89.6, 2021 – 83.9. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-10.4), 2021 – 4.1.



Рис. 3. Поражение отдельных нервов, корешков и сплетений, полиневропатии и поражения ПНС

Поражение отдельных нервов, корешков и сплетений, полиневропатия и поражения ПНС – все эти патологии выявляются уже в более позднем возрасте.

Расстройства вегетативной нервной системы.

Положительная динамика наблюдается в снижении расстройства вегетативной нервной системы среди детей до 14 лет: абсолютный прирост составил в 2014 – (-34.0), 2021 – (-18.1). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 87.7,

2021 – 47.0. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 87.7, 2015 – 94.3, 2021 – 87.8. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-12.3), 2021 – 12.2. У взрослого населения старше 18 лет отмечается схожая динамика, так, абсолютный прирост составил в 2014 – (-4.3), 2021 – (-1.2). Показатель наглядности, %: 2010 – 100, 2014 – 97.3, 2021 – 74.7. Показатель роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – 97.3, 2021 – 99.0. Темп роста (снижения), %: 2010 – нет, 2014 – (-2.7), 2021 – (-1.0).

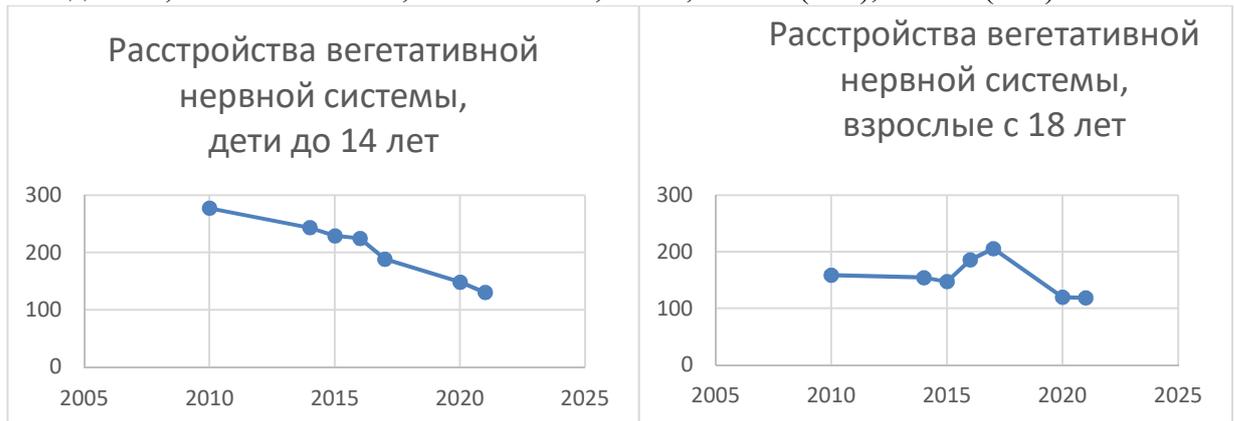


Рис. 4. Расстройства вегетативной нервной системы

К 2021 году частота встречаемости вегетативных нервных расстройств

становится одинаковой как у детей до 14 лет, так и у взрослых.

Заключение

Таким образом, в ходе работы было проведено сравнение распространенности

неврологических заболеваний между двумя группами населения в период с 2010 по 2021

годы. основываясь на статистике, представлены заключения по определенным группам заболеваний:

1. В связи с резким снижением воспалительных заболеваний можно предполагать об эффективности использования новых антибактериальных препаратов.

2. Снижение патологии эпизодических и пароксизмальных расстройств говорит о появлении большого спектра лекарственных препаратов и об индивидуальном подходе к лечению. Аналогичная ситуация обстоит и со снижением уровня расстройств вегетативной нервной системы.

3. Снижение эпизодических и пароксизмальных расстройств возможно благодаря появлению новых методов. Например, изучены эпилепсии при поражении разных зон коры больших полушарий. Хирургическое лечение проводят только при поражении височной доли. Основной упор на врожденную мальформацию коры, склерозирование гиппокампа и другие наследственные патологии, а также перинатальные

поражения, метаболические нарушения и инфекционные заболевания. Выросла доля фармакорезистентных форм, но широко применяется операция резекции любой эпилептогенной формы и стимуляция N. vagus.

Также можно выделить и заболевания, которые не вошли ни в какую группу:

Болезнь Паркинсона и паркинсонизм

Лечение (2010): агонисты дофаминовых рецепторов – «Прамипексол», «Пирибедил». Группа эрголиновых агонистов используется для лечения пациентов молодого возраста.

Лечение (2021): агонисты дофаминовых рецепторов – «Ропинирол».

Запрещено применение эрголиновых агонистов – приводит к фиброзам клапанов сердца и клапанной регургитации.

Невралгия тройничного нерва

Лечение в 2010 году было преимущественно медикаментозное, в 2021 упор делается на хирургическое лечение.

Основной препарат – «Карбамазепин» (2010). В настоящее время чаще проводится операция микроваскулярной декомпрессии.

Список литературы / References

1. Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Кировской области // Киров, КОГБУЗ «МИАЦ».
2. КР716_1 // Болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм и другие заболевания, проявляющиеся синдромом паркинсонизма // Всероссийское общество неврологов, Некоммерческое Партнерство "Национальное общество по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений", Межрегиональная общественная организация «Общество специалистов по функциональной и стереотаксической нейрохирургии», Общероссийская общественная организация «Союз реабилитологов России», Ассоциация нейрохирургов России. – 02.02.2022.
3. КР741_1 // Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей // Всероссийское общество неврологов, Ассоциация нейрохирургов России, Ассоциация специалистов по клинической нейрофизиологии, Общероссийская общественная организация «Союз реабилитологов России», Российская противосудорожная Лига. - 16.08.2022.
4. КР593_3 // Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q// Ассоциация медицинских генетиков, Российская Ассоциация педиатрических центров, Всероссийское общество неврологов, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. - 20.03.2023.
5. КР163_2 // Дистония // Всероссийское общество неврологов, Межрегиональная общественная организация специалистов ботулинотерапии, Ассоциация нейрохирургов России, Межрегиональная общественная организация «Общество специалистов по функциональной и

- стереотаксической нейрохирургии». - Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний, Российский комитет исследователей рассеянного склероза. – 13.07.2022.
- 14.09.2021.
6. КР166_2 // Мононевропатии // Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация «Союз реабилитологов России», Ассоциация нейрохирургов России, Ассоциация специалистов по клинической нейрофизиологии. - Всероссийское общество неврологов, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи.
- 18.04.2022.
7. КР739_1 // Рассеянный склероз // Всероссийское общество неврологов, Национальное общество нейрорадиологов, 8. КР // Боковой амиотрофический склероз и другие болезни двигательного нейрона (БАС/БДН) МКБ 10 : G12.2// Всероссийское общество неврологов, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи.

УДК 616.832-004.2: 314.4

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2021 ГОДЫ

Пудовникова Д.А., Муравьев М.А., Чагаева Н.В.
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: maksimanet.ru@mail.ru*

Резюме. Статья посвящена анализу динамики заболеваемости рассеянным склерозом среди взрослых пациентов в Кировской области за период с 2017 по 2021 годы.

Исследование выполнено по данным Медицинского информационно-аналитического центра Минздрава Кировской области за исследуемый промежуток времени. По общей и первичной заболеваемости построены динамические ряды, для показателей динамических рядов приведена описательная статистика. Отмечается тенденция к повышению общей заболеваемости рассеянным склерозом, что согласуется с литературными данными и можно объяснить увеличением продолжительности жизни пациентов в связи с повышением качества диагностики и эффективности терапии. Выявлена отрицательная динамика первичной заболеваемости рассеянным склерозом за исследуемый период, особенно выраженная в 2020 г. Данное явление может быть связано со снижением качества диагностики в период пандемии COVID-19 и диктует необходимость мероприятий по повышению качества диагностики и профилактики рассеянного склероза в настоящее время.

Ключевые слова: рассеянный склероз, динамика, первичная и общая заболеваемость.

MULTIPLE SCLEROSIS AMONG ADULTS IN THE KIROV REGION: ANALYZING DYNAMICS OF INCIDENCE FROM 2017 TO 2021

Pudovnikova D.A., Muraviev M.A., Chagaeva N.V.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia
(112 K. Marx Street, Kirov, 610027), e-mail: maksimanet.ru@mail.ru*

Summary. The article is devoted to the analysis of the dynamics in incidence of multiple sclerosis cases among adult patients in the Kirov region for the period from 2017 to 2021.

The study was performed according to the data of the Medical Information and Analytical Center of the Ministry of Health of the Kirov region for the studied period of time. Dynamic series for general and primary morbidity have been constructed, descriptive statistics for the indicators of dynamic series have been provided. There has been noted a tendency in the increase of the overall incidence of multiple sclerosis, in accord with the literature data, which can be explained by an increase in the life expectancy of patients due to an increase in the quality of diagnosis and the efficiency of the chosen therapy. The negative dynamics of primary incidence of multiple sclerosis during the study period has revealed, specifically obvious in 2020. This phenomenon may be associated with a decrease in the quality of diagnosis during the COVID-19 pandemic and demands certain measures to improve the quality of diagnosis and prevention of multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, dynamics, primary and general morbidity.

Введение

Рассеянный склероз (РС) – это прогрессирующее аутоиммунно-воспалительное заболевание ЦНС, характеризующееся развитием демиелинизирующего процесса и, как следствие, нейродегенерацией. В клинической картине присутствует разнообразная неврологическая симптоматика. Заболевание в основном встречается среди трудоспособного населения. По некоторым оценкам, РС является второй после черепно-мозговой травмы причиной стойкой инвалидности среди взрослых пациентов до 44 лет [1, с. 10-14]. В связи с этим активно проводятся исследования, направленные на выявление тенденций изменения заболеваемости РС. Конечная цель таких инициатив – повышение эффективности профилактических и лечебно-диагностических мероприятий (например,

организация кабинета демиелинизирующей патологии). Однако определить конкретные практические шаги позволяет комплексная клинико-эпидемиологическая оценка ситуации на федеральном уровне и на уровне отдельных регионов [2, с. 73-74]. В литературе приводятся различные данные о заболеваемости РС. Так, отмечено, что динамика показателей заболеваемости РС изменялась на фоне пандемии COVID-19 [3, с. 15], но сохраняла тенденцию к росту первичной заболеваемости [4, с. 98]. При этом важное значение имеет региональная специфика изменения эпидемиологических показателей [5, с. 4777]. Таким образом, актуально проведение анализа динамики заболеваемости РС в Кировской области.

Цель исследования: дать оценку динамике заболеваемости рассеянным склерозом среди взрослого населения Кировской области.

Материалы и методы. Исследование выполнено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России. Данные по общей и первичной заболеваемости РС среди взрослого населения в Кировской области за 2017-2021 гг. взяты из медико-статистических отчетов Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Минздрава Кировской области.

Для оценки динамики абсолютных и расчетных эпидемиологических показателей РС в Кировской области за 5 лет проводился анализ параметров динамического ряда. Средний абсолютный прирост (САП) значений показателей общей и первичной заболеваемости рассчитывался

по формуле: $САП = (Z_n - Z_1) / (n - 1)$, где Z – заболеваемость за первый и за последний год анализируемого промежутка; n – количество лет. Также учитывались следующие показатели: абсолютный прирост, темп роста/снижения (%), значение 1% прироста.

Описательная статистика включала оценку нормальности распределения, которая проводилась по критерию Шапиро-Уилка (т.к. для каждого показателя учитывалось по 5 значений – $n < 50$). Для описания нормально распределенных результатов вычислялись среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$). При распределении, отличном от нормального, рассчитывались медиана и процентиля ($Me [Q1; Q3]$). Достоверными считались результаты при $p \leq 0,05$.

Основное содержание

Данные анализа динамики общей заболеваемости РС среди взрослых в Кировской области за исследуемый период приведены в таблице 1.

Таблица 1
Динамика общей заболеваемости РС в Кировской области за 2017–2021 гг.

Абсолютные значения				
Годы	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста
2017	848	нет	нет	нет
2018	904	56	6,1	8,5
2019	957	53	5,9	9,0
2020	993	36	3,8	9,5
2021	1031	38	3,8	10,0
Расчетный показатель заболеваемости				
Годы	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста
2017	82,1	нет	нет	нет
2018	71,5	-10,6	-12,9	0,8
2019	76,5	5,0	7,0	0,7
2020	79,9	3,4	4,4	0,8
2021	102,9	23,0	28,8	0,8

Среднее абсолютное значение общей заболеваемости РС за 1 год исследуемого периода составило $946,6 \pm 72,3$. Для расчетного показателя – $82,6 \pm 12,0$. Средние

показатели динамического ряда абсолютной общей заболеваемости были следующими: САП – $45,8 \pm 10,2$; средний темп роста – $4,9 \pm 1,3\%$; среднее значение 1% прироста – $9,3 \pm 0,6$.

Средние показатели динамики расчетного значения общей заболеваемости также были положительными: общая заболеваемость за каждый год исследуемого периода в среднем повышалась на $5,2 \pm 13,8$ ($6,8 \pm 17,1\%$). 1% прироста в среднем увеличивал значение расчетного показателя общей заболеваемости на $0,8 \pm 0,8$.

Следует отметить, что итоги анализа соответствуют данным литературы, где говорится о тенденции к повышению общей заболеваемости на федеральном уровне в связи с увеличением продолжительности жизни пациентов и совершенствованием лечебно-диагностических методов [4, с. 104-105].

Результаты анализа динамики первичной заболеваемости РС у взрослых пациентов в Кировской области за 5 лет представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика первичной заболеваемости РС в Кировской области за 2017–2021 гг.

Абсолютные значения				
Годы	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста
2017	57	нет	нет	нет
2018	69	12,0	21,1	0,6
2019	63	-6,0	-8,7	0,7
2020	49	-14,0	-22,2	0,6
2021	46	-3,0	-6,1	0,5
Расчетный показатель заболеваемости				
Годы	Показатель (уровни ряда)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп роста (снижения), %	Значение 1% прироста
2017	5,5	нет	нет	нет
2018	5,5	0	0	–
2019	5	-0,5	-9,1	0,1
2020	3,9	-1,1	-22	0,1
2021	3,7	-0,2	-5,1	0

Средний абсолютный показатель первичной заболеваемости РС составил $56,8 \pm 9,5$ (среднее расчетное значение – $4,7 \pm 0,9$). Медианное значение абсолютного прироста было отрицательным и составило $-4,5$ [$-8,0$; $0,75$]. Средний темп роста имел значение $-4,0 \pm 18,1\%$, при этом одному проценту прироста соответствовало изменение показателя на $0,6$ [$0,6$; $0,625$].

Отрицательная динамика наблюдалась и по расчетному показателю первичной

заболеваемости. В среднем за год исследуемого периода он убывал на $0,4 \pm 0,7$. Медианный темп роста составил $-7,1$ [$-12,3$; $-0,15$], то есть в данном случае наблюдался исключительно отрицательный характер динамики. Медианное значение 1% прироста составило $0,1$; Q1 и Q3 также были равны $0,1$.

Результаты анализа изменения первичной заболеваемости РС за исследуемый промежуток времени

расходятся с данными эпидемиологических исследований на федеральном уровне, где отмечается рост данного показателя [4, с. 98]. Однако следует отметить, что наиболее выраженная отрицательная динамика совпадает с периодом пандемии COVID-19, когда диагностическая работа в

практическом здравоохранении была направлена в первую очередь на выявление вирусной пневмонии [3, с. 12]. В условиях преодоления кризиса, связанного с пандемией, необходимо разрабатывать мероприятия по повышению качества диагностики и профилактики РС.

Заключение

Анализ изменения заболеваемости РС среди взрослых в Кировской области за 2017-2021 годы обнаруживает положительную динамику показателей общей заболеваемости и преимущественно отрицательную динамику первичной заболеваемости. Первое наблюдение можно объяснить увеличением продолжительности жизни пациентов в связи с повышением качества диагностики и эффективности терапии. При этом недостаточно оснований, чтобы дать положительную оценку второму

наблюдению: отрицательный характер динамики первичной заболеваемости может быть связан со снижением качества диагностики в 2020–2021 гг., когда все ресурсы здравоохранения были направлены на борьбу с коронавирусной инфекцией. Дальнейший мониторинг показателей заболеваемости позволит уточнить имеющиеся данные и продолжить работу по оптимизации лечебно-диагностического процесса для пациентов с РС.

Литература/References

1. Евдошенко, Е. П., Тепцова, Т. С., Железнякова, И. А., Мусина, Н. З. Рассеянный склероз : анализ неудовлетворенных потребностей системы здравоохранения в Российской Федерации. – М. : Наука, 2020. [Evdoshenko, E. P., Tepcova, T. S., Zheleznjakova, I. A., Musina, N. Z. Rassejannyj skleroz : analiz neudovletvorenyh potrebnostej sistemy zdavoohranenija v Rossijskoj Federacii. Moscow : Nauka, 2020 (In Russ)].

2. Никонова, Е. В., Абдуллаев, М. Б., Первунина, А. В., Аброськина, М. В. Опыт работы кабинета демиелинизирующей патологии города Красноярск по исследованию качества жизни пациентов с рассеянным склерозом // Сибирское медицинское обозрение. – 2021. – № 3. – С. 73–79. [Nikonova, E. V., Abdullayev, M. B., Pervunina, A. V., Abroskina, M. V. Work experience of the demyelination pathology unit in the city of Krasnoyarsk related to investigation of the quality of life of patients with multiple sclerosis. Siberian Medical Review. 2021 ; (3) : 73–79 (In Russ)]. DOI: 10.20333/25000136-2021-3-73-79

3. Борисова, К. Б., Чичановская, Л. В. Анализ некоторых особенностей течения

рассеянного склероза на фоне новой коронавирусной инфекции // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. – 2022. – № 3. – С. 12–15. [Borisova, K. B., Chichanovskaja, L. V. Analysis of some features of the course of multiple sclerosis against the background of a new coronavirus infection. Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research. 2022 ; (3) : 12–15 (In Russ)].

4. Светличная, А. В., Вязовиченко, Ю. Е., Торчинский, Н. В., Коршунов, В. А. Изучение заболеваемости и частоты возможных факторов риска рассеянного склероза // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2021. – № 6 (4). – С. 98–105. [Svetlichnaya, A. V., Vyazovichenko, Yu. E., Torchinskiy, N. I., Korshunov, V.A. Incidence of multiple sclerosis and prevalence of its risk factors in Russian Federation. Fundamental and Clinical Medicine. 2021 ; 6 (4) : 98–105 (In Russ)]. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2021-6-4-98-105>

5. Комиссарова, Н. В., Урбан, М. А., Сарапулова, Л. П., Чичкина, А. Н. Рассеянный склероз в Удмуртской республике. Сравнение данного заболевания с республикой Татарстан //

StudNet. – 2022. – Том 5. № 5. – С. 4777–4787. [Komissarova, N. V., Urban, M. A., Sarapulova, L. P., Chichkina, A. N. Multiple sclerosis in the Udmurt republic. Comparison of this disease with the republic of Tatarstan. StudNet. 2022 ; 5 (5) : 4777–4787 (In Russ)].

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК 378.14:614.253.4

НЕОБХОДИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ

Кузнецова Е.В., Провоторова А.Е.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: kusnecovaev@mail.ru

Резюме. Ежегодно в России увеличивается количество детей с ограниченными (особыми) возможностями здоровья, которым требуется большее внимание не только со стороны родителей и педагогов, но и со стороны врачей. На данный момент Правительство РФ разрабатывает новые постановления, касающиеся расширения прав людей с ограниченными возможностями здоровья для их эффективной социализации в обществе, увеличивается количество требований к учреждениям здравоохранения и образования, а также растет спрос на высококвалифицированных работников. В данной статье представлены результаты опроса студентов Кировского ГМУ по поводу необходимости реализации инклюзивных компетенций, а также изучена их осведомленность относительно инклюзивных технологий.

Ключевые слова: инклюзия, инклюзивные компетенции, инклюзивное образование, инклюзивные технологии.

THE NEED FOR THE FORMATION OF INCLUSIVE COMPETENCE AMONG STUDENTS OF KIROV STATE MEDICAL UNIVERSITY

Kuznetsova E.V., Provotorova A.E.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx street, 112), e-mail: kusnecovaev@mail.ru.

Summary. Every year in Russia the number of disabled children increases, which requires more parental and pedagogical attention as well as specialized services on behalf of health care specialists. At the moment, the government of the Russian Federation is designing new regulations concerning extending the rights of people with disabilities for their effective socialization; new requirements for healthcare providers and educational institutions are increasing, the demand for

highly qualified specialists is growing. This article presents the results of a survey made by students of Kirov State Medical University on the need of implementing inclusive competencies. Moreover, students' awareness of inclusive technologies has been studied.

Key words: inclusion, inclusive competencies, inclusive education, inclusive technologies.

Введение

В современном гуманистическом мире большое внимание со стороны правительства России и стран Европы обращено на вопросы поддержки населения и обеспечение социальных гарантий, внедрение в ведущие отрасли мер социализации для людей с особенностями здоровья различного характера. Образование, медицина, социальное обслуживание и другие сферы работы с людьми развиваются в нашей стране очень динамично, ориентируясь на положения нормативно-правовых актов, определяющих современные стандарты социального обслуживания и обеспечения конституционных прав человека [5].

Важную роль в развитии вышеперечисленных сфер играют профессии, чья работа непосредственно связана с людьми. Основой для гармоничного контакта, взаимопонимания, эффективного взаимодействия является инклюзивная грамотность.

Инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учётом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей, в частности для инвалидов, ограниченных жизнедеятельностью, обучающихся с патологиями здоровья, снижающими уровень жизни [6].

Несмотря на постоянные попытки массового внедрения в социальномические профессии инклюзивных компетенций, количество специалистов, использующих их в своей практике очень мало. Подобное затруднение связано не только с неготовностью принятия обществом многообразия, но и с тремя важными причинами: недостаточная подготовка педагогов, врачей и образовательной среды

в целом, сниженная готовность семей к сотрудничеству и недостаточная материальная поддержка инклюзивных процессов со стороны государства и конкретных субъектов Российской Федерации [2].

Важность инклюзивной компетенции для выпускников таких профессий как врач, педагог, воспитатель и т.д. неоспорима. Подготовка такого выпускника в условиях получения профессионального образования возможна посредством трех вариантов [4]:

1. Включение в дисциплины (модули) тем по инклюзивной тематике.

2. Введение дополнительной дисциплины либо курсов по выбору по инклюзивной компетентности.

3. Прохождение профессиональной переподготовки или получение дополнительного образования в сфере инклюзивной педагогики.

Ценностно-мотивационные аспекты деятельности врача, его профессионально-личностного статуса занимают одно из важных мест в практико-ориентированных психолого-педагогических исследованиях в области образования и врачебной деятельности: определяются ценностно-мотивационные составляющие профессиональной самореализации [3]. Необходимо развивать у будущего врача инклюзивных компетенций и мотивации, которые смогут улучшить уровень взаимодействия между пациентом и лечащим врачом в рамках медицинского приема.

Материалы и методы исследования:

1. Теоретические методы: анализ научной медицинской литературы и публикаций по данному вопросу.

2. Исследование с помощью анкетного опроса в «Google Forms» студентов

Кировского государственного медицинского университета Минздрава РФ с 1-6 курс.

Метод сбора данных. Для изучения важности необходимости формирования инклюзивных компетенций у студентов 1-6 курсов Кировского государственного

медицинского университета была использована авторская анкета, которая включала в себя 15 вопросов. Исследование проводилось с использованием онлайн-технологий: студенты заполняли анкету в Google-форме.

Основное содержание

В рамках исследования приняли участие 850 студентов Кировского ГМУ по специальностям «Лечебное дело» (64,4%), «Педиатрия» (27,1%), «Стоматология» (6,5%) и «Медицинская биохимия» (2,1%). Среди них преобладают девушки – 649 человек (76,4%), количество юношей – 201 человек (23,6%).

Вначале респондентам необходимо было дать ответы на вопросы, касающиеся понимания терминов, относящихся к данной проблематике. Инклюзия является частным случаем интеграции – правильно ответило лишь 32% участников опроса. Большая часть респондентов (46,6%) посчитала, что интеграцией является форма сотрудничества.

Положительная динамика выявлена в ответах, посвященных пониманию понятия «инклюзивное образование», которое предполагает обеспечение равного доступа к образованию для всех, в том числе для детей с особыми потребностями и индивидуальными возможностями – 82,2% респондентов дали верный ответ.

Также абсолютное большинство опрошенных осведомлено о девяти основных принципах инклюзивного образования, таких как: ценность человека не зависит от его способностей и достижений; каждый человек способен думать и чувствовать; каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным; все люди нуждаются друг в друге; подлинное образование может

осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений; все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников; для всех обучающихся достижение прогресса скорее в том, что они могут делать, чем в том, что не могут; Разнообразие усиливает все стороны жизни. Знают эти принципы 60,2% респондентов.

Инклюзивные технологии – это методики, с помощью которых создают комфортные условия для взаимодействия, обучения, работы с людьми, имеющими какие-либо физические, социальные, ментальные, языковые, интеллектуальные и другие особенности. Именно так ответила большая часть опрошенных студентов (88,7%) и оказалась права.

Во время коммуникации между пациентом и лечащим врачом часто возникают препятствия как объективного, так и субъективного характера. Студенты считают, что больной и медицинский работник при работе могут столкнуться со следующими проблемами (рис. 1):

- непонимание между лечащим врачом и пациентом;
- неконтактность пациента;
- отсутствие оснащения для работы с подобными больными;
- недостаток знаний, связанный с особенностями психики и мышления подобных пациентов;
- недостаток профессиональных компетенций при работе с различными системами альтернативной коммуникации.

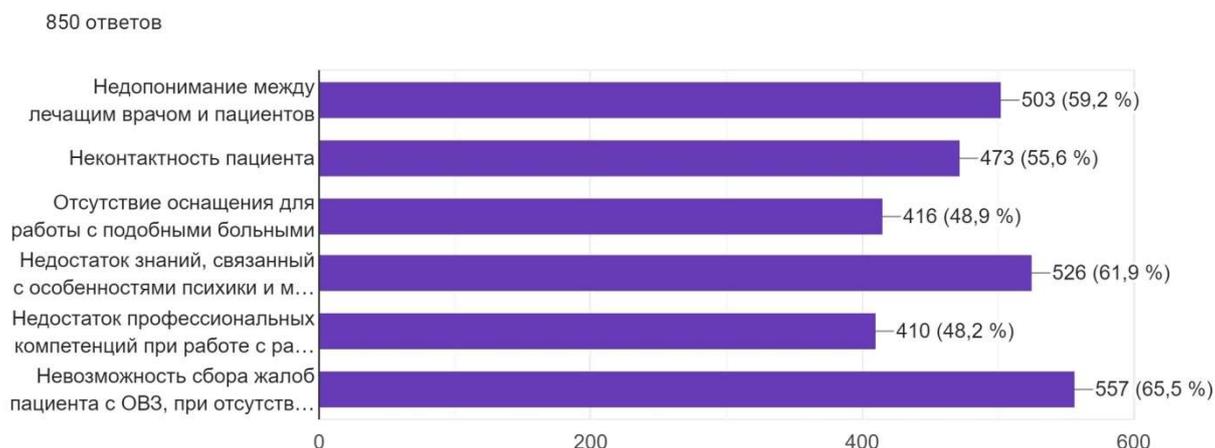


Рис. 1. Трудности при контакте с пациентом с особыми возможностями здоровья (ОВЗ)

Основными методами альтернативной коммуникации, которые известны респондентам, стали: жестовый язык, шрифт Брайля, карточки PECS и жетонная система (рис. 2). Однако большинство респондентов (46%) не знают, для чего

применяются карточки PECS, лишь 32,2% верно отметили, что подобная система используется при работе с детьми, страдающими расстройством аутистического спектра развития.

850 ответов

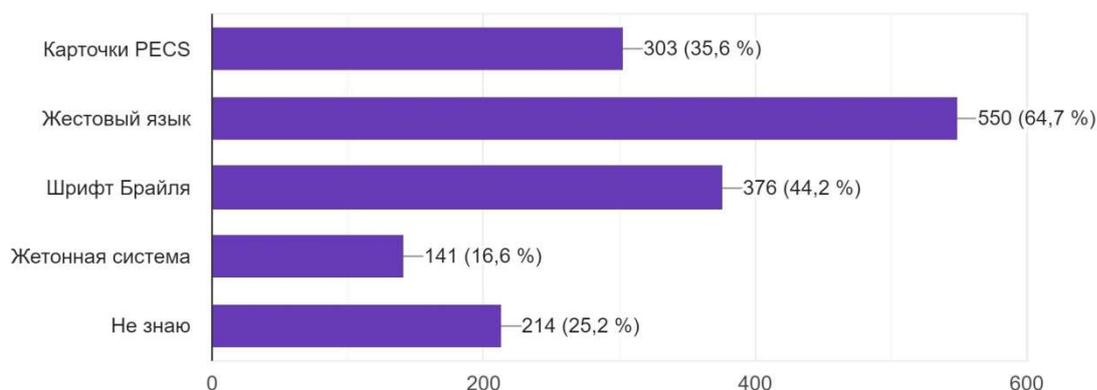


Рис. 2. Методы альтернативной коммуникации

Абсолютное большинство респондентов уверено, что освоение альтернативных коммуникаций необходимо практикующим врачам и студентам медицинских образовательных учреждений – 87,2%.

Радует полученный результат опроса относительно того, что люди с ограниченными возможностями различного спектра могут приходиться за консультацией участкового врача, врача педиатра, стоматолога в рамках обычного приема наравне с другими пациентами без

подобных особенностей, – 57,4% убеждены, что врач обязан владеть различными коммуникативными техниками и принимать подобных пациентов.

Основными принципами, которыми должен пользоваться врач при работе с пациентами с ограниченными возможностями здоровья, по мнению студентов, стали: принцип понимания и уважения (72,6%), принцип максимального физического и психологического комфорта для пациента (80,7%), терпимость к пациенту с ОВЗ (74,6%), поддержка и вера в

успех лечения (59,3%) и пластичность в подходах к пациенту (59,3%).

Большинство студентов считают, что современное оснащение медико-профилактических учреждений недостаточно для оказания высококвалифицированной помощи пациентам с ОВЗ. Так, 51,1% считает, что многого не хватает для успешной работы и комфортного приема больного. При этом 36% респондентов характеризуют оснащенность ЛПУ как низкую и уверены в том, что в больницах и поликлиниках нет

должного ресурсного и кадрового потенциала.

Внушает большую надежду результат ответа относительно готовности студентов (75,6%) к прохождению переподготовки и повышению квалификации для успешной работы с пациентами с ОВЗ. Также большая часть обучающихся нашего вуза изъявляет желание к освоению дисциплины «Инклюзивная компетентность врача» – 73,4% хотели бы изучить данный предмет в рамках основной профессиональной образовательной программы.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование помогло привлечь внимание студентов Кировского государственного медицинского университета к вопросу об инклюзивных технологиях. Полученные данные продемонстрировали уровень осведомленности студентов относительно инклюзии и инклюзивного образования, необходимости получения инклюзивных компетенций. Наиболее важными итогами

стало мнение студентов по поводу низкой готовности медицинских учреждений к приему пациентов с ОВЗ и готовность большинства молодых специалистов к освоению инклюзивных компетенций как в рамках основной профессиональной образовательной программы, так и при профессиональной переподготовке или на курсах повышения квалификации.

Список литературы / References

1. Тимченко, И. В. Исследование состояния инклюзивной грамотности будущих специалистов помогающих профессий // Проблемы современного педагогического образования. – 2023. – № 79–1. – С. 266–267. [Timchenko, I. V. Research of the state of inclusive literacy of future specialists of helping professions // Problems of modern pedagogical education. – 2023 ; (79–1) : 266–267 (In Russ)].

2. Тухтамурод, С. Н., Ойгул Мавлонова. Об инклюзивном образовании // Scientific progress. – 2021. – № 2. – С. 132–133. [Tukhtamurod, S. N., Oigul Mavlonova. About inclusive education // Scientific progress. – 2021 ; (2) : 132–133 (In Russ)].

3. Кантор, В. З., Проект, Ю. Л. Ценностно-мотивационный профиль личности педагога инклюзивной образовательной организации // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2022. – № 206. – С. 243–244. [Kantor, V. Z., Proekt, Yu. L. Value-

motivational project personality profile of a teacher of an inclusive educational organization // Izvestia of the A. I. Herzen Russian State Pedagogical University. – 2022 ; (206) : 243–244 (In Russ)].

4. Инденбаум, Е. Л. Инклюзивная компетентность как перспектива современного педагогического образования // Вестник Томского государственного университета. – 2020. – № 452. – С. 194–195. [Indenbaum, E. L. Inclusive competence as a perspective of modern pedagogical education // Bulletin of Tomsk State University. – 2020 ; (452) : 194–195 (In Russ)].

5. Пивторак, А. Н. Инклюзивная компетентность как неотъемлемый компонент профессионального становления педагога // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. – 2022. – № 2 (106). – С. 112–120. [Pivtorak, A. N. Inclusive competence as an integral component of the professional formation of a teacher // Bulletin of the Moscow

State University of Culture and Arts. – 2022 ; (2–106) : 112–120 (In Russ)].

6. Лапин, Д. В. Готовность студентов к вступлению в инклюзивное образовательное пространство вуза : социологический аспект / Д. В. Лапин, А. С. Машанова, М. С. Мельникова // Теория и

практика общественного развития. – 2018. – № 7. С. 44–49. [Lapin, D. V. Readiness of students to enter the inclusive educational space of a university : sociological aspect / D. V. Lapin, A. S. Mashanova, M. S. Melnikova // Theory and practice of social development. – 2018 ; (7) : 44–49 (In Russ)].

УДК 372.893

**РОЛЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ» В ФОРМИРОВАНИИ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ
(на примере ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России)**

Сахарова Л.Г.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: slg75@rambler.ru

Резюме. В данной статье проанализированы основные задачи преподавания дисциплины «Основы российской государственности» по решению педагогической проблемы формирования духовно-нравственной безопасности молодежи. Автор опирается на работы современных педагогов по вопросу организации преподавания данной дисциплины и формирования духовно-нравственной безопасности российской молодежи. На основе экспериментальной работы автора сделаны выводы о наиболее значимых темах дисциплины и эффективных методических приемах, способствующих духовно-нравственной безопасности молодежи с учетом специфики подготовки в медицинском вузе.

Ключевые слова: духовно-нравственная безопасность, учебная дисциплина «Основы российской государственности», педагогические подходы к формированию основ духовно-нравственной безопасности, обучающиеся медицинских вузов России.

**THE ROLE OF THE ACADEMIC DISCIPLINE "PRINCIPLES OF RUSSIAN STATEHOOD» IN FORMING ETHIC AND MORAL SAFETY IN YOUNG CITIZENS OF RUSSIAN FEDERATION
(using the example of the Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia)**

Sakharova L.G.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112), e-mail: slg75@rambler.ru

Summary. This article analyzes the main tasks of teaching the discipline "Fundamentals of Russian Statehood" to solve the pedagogical problem of forming ethic and moral safety in youth. The author focuses on the teachers' instruments for organizing the process of forming ethic and moral security of Russian youth. According to the experimental work, the author makes conclusions on the most significant topics of the discipline and effective methodological techniques that contribute to the ethic and moral safety of young people, taking into account the specifics of training at a medical university.

Keywords: spiritual and moral security, academic discipline "Fundamentals of Russian Statehood, pedagogical approaches to forming the foundations of ethic and moral safety, students of medical universities in Russia.

Введение

«Основы российской государственности» – идеологический курс для вузов, разрабатываемый Министерством науки и высшего образования Российской Федерации. О важности преподавания данного курса объявил президент России Владимир Владимирович Путин в декабре 2022 года на заседании Государственного Совета, посвящённого молодёжной политике. Соответствующее поручение о его реализации было подписано в январе 2023 года. В вузах Российской Федерации в 2023–2024 гг. была введена учебная дисциплина «Основы российской государственности», имеющая на современном этапе развития общества огромное воспитательное значение в связи с тем, что в настоящее время наблюдается некоторый кризис цивилизационной идентичности России. В рамках дисциплины должно уделяться особое внимание формированию представлений о цивилизационной идентичности России и формированию основ духовно-нравственной безопасности государства и личности. Такой подход выступает в качестве идеологического фундамента содержательных блоков дисциплины «Основы российской государственности».

Целью данного исследования является анализ правовых источников и педагогической литературы по вопросам формирования духовно-нравственной безопасности, создание упрощенной

концептуальной модели формирования духовно-нравственной безопасности студенческой молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности». Реализация цели потребует решения ряда задач:

- уточнение целей и задач дисциплины «Основы российской государственности»;

- характеристика правовых и педагогических подходов к проблеме формирования духовно-нравственной безопасности молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности»;

- разработка упрощенной концептуальной модели формирования духовно-нравственной безопасности молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности» в вузах.

Материалы и методы исследования определены его темой и логикой. С целью выявления наиболее эффективных методических подходов к преподаванию дисциплины «Основы российской государственности», а также разделов и тем дисциплины, которые способствуют формированию духовно-нравственной безопасности у студенческой молодежи, автор опирается на совокупность методов научного исследования:

- методы эмпирического характера (наблюдение, беседа, интервьюирование, анкетирование) позволили выявить особенности представлений студенческой

молодежи о содержании понятия «духовно-нравственная безопасность»;

- анализ правовых источников и научной литературы (методы деконструкции, апперцепирования и голографический метод) способствовал выявлению наиболее значимых проблем формирования основ духовно-нравственной безопасности молодежи с учетом специфики подготовки в современных вузах России;

- метод моделирования, с целью создания упрощенной концептуальной модели формирования духовно-

нравственной безопасности обучающихся медицинского вуза в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности».

Именно концептуальные модели лежат в основе образовательного процесса. Они помогают понять цели, задачи и принципы формирования духовно-нравственной безопасности молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности», разработать учебно-методический комплекс по дисциплине, совершенствовать методику преподавания.

Основное содержание

Духовно-нравственная безопасность России – это система условий, позволяющая российскому обществу сохранять свои жизненно важные параметры (прежде всего культурного, этического и интеллектуального характера) в пределах исторически сложившейся нормы. Их выход за рамки принятой в государстве (в стране) нормы неизбежно ведет к распаду общества, как целостной системы в связи с разрушением структурирующих его духовно-нравственных оснований [4].

Среди основных угроз духовно-нравственной безопасности молодежи современной России ученые выделяют следующие вызовы и угрозы: развал системы правовой, социальной и морально-нравственной регуляции; социокультурный раскол и кризис межпоколенческих отношений; демонтаж системы единомыслия, который культивировался коммунистической идеологией, а уже отсюда – идеологический вакуум, и, как следствие, распространение консюмеризма, вменяющего молодым людям безудержное потребление в качестве высшей моральной ценности; массовизация культуры и ее вестернизация; социально-демографический кризис и другие [1].

Стратегия национальной безопасности Российской Федерации особый акцент делает на формирование традиционных российских ценностей: «жизнь, достоинство, права и свободы человека, патриотизм, гражданственность, служение

Отечеству и ответственность за его судьбу, высокие нравственные идеалы, крепкая семья, созидательный труд, приоритет духовного над материальным, гуманизм, милосердие, справедливость, коллективизм, взаимопомощь и взаимоуважение, историческая память и преемственность поколений, единство народов России» [8].

Введение новой учебной дисциплины «Основы российской государственности» можно рассматривать как один из путей реализации Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, которая направлена на «формирование у обучающихся системы знаний, навыков и компетенций, а также ценностей, правил и норм поведения, связанных с осознанием принадлежности к российскому обществу, развитием чувства патриотизма и гражданственности, формированием духовно-нравственного и культурного фундамента развитой и цельной личности, осознающей особенности исторического пути российского государства, самобытность его политической организации и сопряжение индивидуального достоинства и успеха с общественным прогрессом и политической стабильностью своей Родины [5].

Концепция учебно-методического комплекса модуля (дисциплины) «Основы российской государственности» определяет его ориентированность на формирование универсальной компетенции в соответствии с требованиями федеральных

государственных образовательных стандартов высшего образования – УК-5.

Универсальная компетенция (УК-5) выдвигает следующее требование к выпускнику медицинского вуза: «способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия». В свою очередь, каждый вуз, опираясь на содержание социальных детерминант, формулирует индикаторы освоения данной компетенции к умениям и навыкам, ориентированным на формирование духовно-нравственной безопасности России и личности. Выпускник вуза:

- интерпретирует историю России в контексте мирового исторического развития;

- анализирует важнейшие идеологические и ценностные системы, сформировавшиеся в ходе исторического развития; обосновывает актуальность их использования при социальном и профессиональном взаимодействии;

- выстраивает социальное и профессиональное взаимодействие с учетом особенностей основных форм научного и религиозного сознания, деловой и общей культуры представителей других этносов и конфессий, различных социальных групп [6].

Данные ценности планируется формировать в рамках пяти тематических разделов, которые определены концепцией: «Что такое Россия»; «Российское государство-цивилизация»; «Российское мировоззрение и ценности российской цивилизации»; «Политическое устройство России»; «Вызовы будущего и развитие страны» [5].

С целью выявления уровня представлений о понятии «духовно-нравственная безопасность», и сложности понимания тем дисциплины «Основы российской государственности» нами было проведено исследование.

Участники опроса также должны были выделить методы (формы) обучения и воспитания, которые на их взгляд в наибольшей мере способствуют углублению знаний и формированию

умений реализации идей духовно-нравственной безопасности. В 2023 году было изучено мнение обучающихся по вопросу содержания духовно-нравственной безопасности. Было выявлено, что большинство обучающихся (82% респондентов) имеют достаточно сформированные представления о содержании и важности формирования основ духовно-нравственной безопасности. Участники опроса дают определение духовно-нравственной безопасности и выделяют в качестве важных такие ее составляющие, как: культура межнационального и межрелигиозного общения в молодежной среде, важность сохранения исторической памяти, появление патриотизма и стремления к взаимопомощи. Молодежь, участвующая в опросе, не акцентирует внимание на приоритете духовных ценностей над материальными.

Несмотря на достаточно высокий уровень осведомленности обучающихся о содержании понятия «духовно-нравственная безопасность», следует углубить знания о ряде ценностей, опираясь на современные правовые и педагогические подходы к проблеме и содержание дисциплины «Основы российской государственности» [7].

В ходе изучения дисциплины «Основы российской государственности» осуществлялось интервьюирование и наблюдение, позволяющие сделать выводы об интересе обучающейся молодежи к отдельным темам и анализу проблем в восприятии материала по определенным тематическим блокам. В результате было выявлено, что наибольшие сложности вызывает изучение раздела «Российское государство-цивилизация», а наибольший интерес вызывают разделы «Что такое Россия» и «Российское мировоззрение и ценности». Именно эти два раздела, по мнению обучающихся, ориентируют на понимание основ и принципов духовно-нравственной безопасности.

К числу наиболее популярных методов освоения идей духовно-нравственной безопасности участники опроса отнесли

дискуссию, решение ситуационных задач, обсуждение художественных и научных трудов писателей, философов, публицистов. Среди форм работы наибольший интерес вызывают лекции-дискуссии, практикумы-экскурсии, практикумы-встречи с выдающимися деятелями региона. На основе анализа социальных детерминант, определяющих содержание дисциплины «Основы российской государственности» и понятия «духовно-нравственная безопасность», нами был разработан учебно-методический комплекс по дисциплине «Основы российской государственности» и упрощенная

теоретическая модель формирования духовно-нравственной безопасности молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности» (таблица 1). Методические разработки лекционных и практических занятий должны учитывать сложный этно-религиозный состав обучающихся, включать задания, способствующие формированию духовно-нравственной безопасности личности у иностранных обучающихся, ориентированных на активную коммуникацию в студенческих группах во время занятий.

Таблица 1

Модель формирования духовно-нравственной безопасности российской молодежи в процессе изучения дисциплины «Основы российской государственности»

Целеполагающий компонент		
<p><i>Цель:</i> Воспитание гуманистически ориентированной личности, способной к анализу важнейших идеологических и ценностных систем, сформировавшихся в ходе исторического развития, обоснованию актуальности их использования при социальном и профессиональном взаимодействии и выстраиванию социального и профессионального взаимодействия с учетом особенностей основных форм научного и религиозного сознания, деловой и общей культуры представителей других этносов и конфессий, различных социальных групп</p>		
Содержательный компонент		
<p><i>Аксиологический:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - знания о существующих системах духовно-нравственных ценностей и духовно-нравственной безопасности; - способы поведения личности в соответствии с этими ценностями; - опыт поведения личности в нестандартной ситуации; - опыт эмоционального отношения к духовно-нравственной безопасности 	<p><i>Информационный:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - сведения о теоретико-методологических основаниях духовно-нравственной безопасности студенческой молодежи, характеристиках ее современного состояния, диагностике уровня сформированности основ духовно-нравственной безопасности студенческой молодежи; - целях, задачах, принципах, содержании, методах и формах развития основ духовно-нравственной безопасности в студенческой среде 	<p><i>Операционный:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - знания о механизмах, лежащих в основе развития духовно-нравственной безопасности государства и личности; способах деятельности педагогов по реализации ее задач; - проблемно-практические задания с целью формирования необходимых умений и навыков
Процессуальный компонент		

<p><i>Уровень высшего образования:</i> анализ федеральных государственных стандартов высшего образования, Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, Концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России, Концепции учебно-методического комплекса модуля «Основы российской государственности»; разработка учебно-методического комплекса по преподаванию дисциплины «Основы российской государственности»; повышение квалификации педагогов</p>	<p><i>Уровень высшего учебного заведения:</i> разработка Концепции воспитательной работы в рамках учебной деятельности и использования воспитательного потенциала отдельных учебных дисциплин; организация научно-исследовательской работы обучающихся по углубленному изучению основ духовно-нравственной безопасности в контексте социального и профессионального взаимодействия; организация воспитательных мероприятий (экскурсий, конкурсов, викторин и т.д.); поддержка студенческого движения гуманитарной направленности</p>	<p><i>Уровень кафедры (методического объединения):</i> подготовка методического обеспечения и проведение занятий по дисциплине с использованием активных методов: формирования сознания личности, организации жизнедеятельности и поведения обучающихся вуза (решение ситуационных и проблемных задач, анализ исторических и философских текстов, выполнение контрольных работ и рефератов), стимулирования деятельности и поведения, контроля и самоконтроля в воспитании, самовоспитания основ духовно-нравственной безопасности</p>
Контрольно-оценочный компонент		
<p><i>Критерии:</i> убежденность, стойкость, целеустремленность, осознанность, достигаемые через прилежание и успешность</p>	<p><i>Уровни:</i> -низкий; -средний; -высокий</p>	<p><i>Формы контроля:</i> наблюдение, анкетирование, тестирование, беседы-расспросы, самооценочная диагностика, анализ</p>
Результативный компонент		
<p>Выпускник медицинского вуза со сформированной субъектной позицией по взаимодействию и выстраиванию социального и профессионального взаимодействия на основе принципов и идей духовно-нравственной безопасности</p>		

Примером реализации данной модели может служить методическая разработка практического занятия по теме «Россия: географические факторы и природные богатства».

Цель: сформировать у обучающихся комплексное представление о России в

природно-географическом, экономическом, административно-территориальном и культурном аспектах.

Задачи:

- Раскрыть природно-географические особенности России.

- Охарактеризовать этноконфессиональное многообразие России.

- Дать характеристику административно-территориальному делению России.

Обучающийся должен знать:

- принципы уважительного и бережного отношения к историческому наследию и культурным традициям разных народов России и других стран;

- способы поиска и использования необходимой для саморазвития и взаимодействия с другими людьми информации о культурных особенностях и традициях различных социальных групп;

- способы выстраивания отношений с учетом социокультурных традиций различных социальных групп и с опорой на исторический опыт России в контексте мировой истории и культурных традиций мира;

- приёмы аргументированного обсуждения и решения проблем мировоззренческого, общественного и личностного характера.

Обучающийся должен уметь:

- уважительно и бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям разных народов России и других стран;

- находить и использовать необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими людьми информацию о культурных особенностях и традициях различных социальных групп;

- уважительно относиться к историческому наследию и социокультурным традициям различных социальных групп, опираясь на знание истории России в контексте мировой истории и культурных традиций мира;

- сознательно формировать гражданскую позицию; аргументированно обсуждать и решать проблемы мировоззренческого, общественного и личностного характера.

Обучающийся должен владеть:

- навыками уважительного и бережного отношения к историческому наследию и культурным традициям разных народов России и других стран;

- навыками поиска и использования необходимой для саморазвития и взаимодействия с другими людьми информации о культурных особенностях и традициях различных социальных групп;

- навыками выстраивания социального и профессионального взаимодействия с учетом социокультурных традиций различных социальных групп и знание истории России в контексте мировой истории и культурных традиций мира;

- навыками аргументированного обсуждения и решения проблем мировоззренческого, общественного и личностного характера.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1) Что значит быть патриотом?

2) Назовите компании-флагманы экономики России в разных отраслях.

3) Назовите 7 природных чудес России.

4) Расскажите о нескольких уникальных природных объектах вашего региона (вашей страны – для иностранных студентов).

2. Задания для групповой работы.

Интеллектуальная игра «Угадай ресурс»:

Занятие проводится в игровой форме по аналогии с «Угадай мелодию». Ресурсы описываются по пяти признакам – от сложного для определения к более очевидному. Баллы выставляются в зависимости от стадии угадывания. Студенты могут играть командами или индивидуально. Побеждает команда или игрок, набравшие максимальное количество баллов.

Пример: 1) Россия – мировой лидер по запасам этого ресурса. 2) Этот ресурс может быть прочнее стали. 3) Им покрыта практически половина территории России. 4) В России находится более 1500 тысяч видов этого ресурса. 5) Лёгкие планеты.

Ответ: древесина (лес).

Дискуссия «Займи позицию».

Студентам предлагается три дискуссионных тезиса о преимуществах либо негативном влиянии:

- масштабов территории России;

- разнообразия природных условий;

- природных богатств России.

По каждому тезису студенты занимают одобряющую, противоположную или нейтральную позицию. Свой выбор они должны аргументировать и убедить остальных в своей правоте.

Викторина «Верю – не верю».

Студенты разбиваются на команды, каждая из которых должна в течение 20 минут подготовить 10 истинных и 10 ложных утверждений о географических и климатических характеристиках России и её ресурсообеспеченности. За каждое правильное определение истинности/ложности утверждения команда получает балл. Побеждает команда, набравшая максимальное количество баллов.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

- Какой процент от общего числа населения РФ составляют русские?

- Сколько государств граничит с Россией?

- Сколько субъектов входит в состав РФ?

- Какой процент территории России покрыт вечной мерзлотой?

- Сколько часовых поясов в России?

- Раскройте смысл понятия «чаадаевщина» и проиллюстрируйте это

явление конкретными примерами из русской истории.

- Попробуйте объяснить разницу между подлинной любовью к отечеству и «урапатриотизмом».

- Как, на Ваш взгляд, взаимосвязаны самореализация и любовь к Родине?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (примеры тестовых заданий):

1. В каком году наша страна приняла чемпионат мира по футболу?

1) 1959

2) 2018

3) 2010

4) 1993

2. Правопреемницей какого государства была признана Российская Федерация?

1) РСФСР

2) Российской империи

3) СССР

4) Российская Республика

3. Какая партия не является парламентской?

1) Единая Россия

2) КПРФ

3) Новые люди

4) Справедливая Россия

4. Членом какой международной организации не является Россия?

1) ООН

2) БРИКС

3) СНГ

4) Совет Европы

Ответы: 1-2, 2-3, 3-3, 4-4.

4) Подготовить доклад по проблематике занятия.

5) Написать эссе на тему: «Что я расскажу иностранцу о России за 5 минут» [3, с.1-5].

Заключение

Будучи государством-цивилизацией, Россия прошла более чем тысячелетнюю историю государственности, имея своих героев и универсальные ценности – многонациональность, многоконфессиональность, солидарность, семейные ценности, взаимопомощь, единство и стабильность общества,

альтруизм [2]. Формирование духовно-нравственной безопасности государства и личности должно строиться на освоении традиционных российских ценностей, ориентации на их внедрение в социальном и профессиональном взаимодействии.

Дисциплина «Основы российской государственности» способствует

укреплению духовно-нравственной безопасности государства и личности. Задачей современных педагогов – преподавателей данной дисциплины – является поиск эффективных форм и методов формирования осознания у

современной студенческой молодежи принадлежности к российскому обществу, развития чувства патриотизма и гражданственности, формирования духовно-нравственного и культурного фундамента развитой и цельной личности.

Список литературы/References

1. Гафиатуллина, Н. Х. Духовно-нравственная безопасность российской молодежи : социологический анализ основных угроз // Вестник института ИАЭ. 2017. № 1. С. 134–144. [Gafiatullina, N. H. Spiritual and moral security of Russian youth : a sociological analysis of the main threats // Bulletin of the Institute of IAE. 2017. No. 1. pp. 134–144 (In Russ)].
2. Гуляев, А. А. Значимость новой дисциплины «Основы российской государственности» в вузах // Власть. 2023. № 5. – С. 100–103. [Gulyaev, A. A. The significance of the new discipline "Fundamentals of Russian statehood" in universities // Power. 2023. No. 5. – pp. 100–103 (In Russ)].
3. Коротков, Н. В. Рабочая программа по дисциплине «Основы российской государственности». Приложение А. – Киров. 2023. [Korotkov, N. V. Working program on the discipline "Fundamentals of Russian statehood». Appendix A. – Kirov. 2023 (In Russ)] // Доступно по : Основы российской государственности. Рабочая программа // Доступно по : <https://elib.kirovgma.ru/discipline/основы-российской-государственности>. Ссылка активна на 12.01.2024.
4. Кравченко, А. И. Социология : учебник для вузов / А. И. Кравченко. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 640 с. [Kravchenko, A. I. Sociology : textbook for universities / A. I. Kravchenko. – M. : UNITY-DANA, 2004. – 640 p. (In Russ)].
5. Минобрнауки России письмо № МН-11/1516-ПК от 21.04.2023 г. (проект концепции учебно-методического комплекса модуля «Основы российской государственности»). [Ministry of Education and Science of the Russian Federation letter No. MN-11/1516-ПК dated 04/21/2023 (draft concept of the educational and methodological complex of the module "Fundamentals of Russian Statehood") (In Russ)] // Доступно по : <https://fgosvo.ru/news/view/7168>. Ссылка активна на 12.01.2024.
6. Сахарова, Л. Г., Сахаров, В. А., Игнатова, Н. С. Духовно-нравственная безопасность обучающихся в современном образовательном пространстве вуза // Медицинское образование сегодня. – 2022. – № 3. – С. 70–78. [Saharova, L. G., Saharov, V. A., Ignatova, N. S. Duhovno-nravstvennaya bezopasnost' obuchayushchihsya v sovremennom obrazovatel'nom prostranstve vuza. *Meditsinskoe obrazovanie segodnya*. 2022. (3) : 70–78 (In Russ)].
7. Сахарова, Л. Г., Сахаров, В. А. Роль учебной дисциплины «История России» в формировании основ духовно-нравственной безопасности у обучающихся современных вузов России // Медицинское образование сегодня. 2023. – № 1. – С. 34–40. [Sakharova, L. G., Sakharov, V. A. The role of the academic discipline "History of Russia" in the formation of the foundations of spiritual and moral security among students of modern Russian universities // Medical education today. 2023. – (1) : 34–40 (In Russ)].
8. Указ Президента РФ от 02.07.2021 N 400 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации" [Ukaz Prezidenta RF ot 02.07.2021 N 400 "O Strategii natsional'noy bezopasnosti Rossiyskoy Federatsii (In Russ)]. Доступно по : https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/ Ссылка активна на 13.01.2024.

ОБЗОРЫ

УДК 614.2

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕГИОНАХ С РАЗНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ

Михалева И.Е., Юхман А.В., Зубкова Е.А., Гоголева М.Н.
*ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия (191015, г.
Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41)*

Резюме. Данная статья посвящена медико-статистическому анализу заболеваемости органов дыхания в Брянской и Челябинской областях, имеющих разную экологическую ситуацию. В статье были рассмотрены различные аспекты экологической обстановки двух регионов, влияющих на уровень заболеваемости населения. Анализ полученных данных показал, что заболеваемость органов дыхания выше в Челябинской области. Показатели свидетельствуют о необходимости профилактических мероприятий по сохранению здоровья и улучшению экологии на данных территориях.

Ключевые слова: заболеваемость, болезни органов дыхания, экология, здоровье населения.

MEDICAL STATISTICAL ANALYSIS OF RESPIRATORY DISEASES IN REGIONS WITH DIFFERENT ECOLOGICAL STATUS

Mikhaleva I.E., Yukhman A.V., Zubkova E.A., Gogoleva M.N.
*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education North
Western State Medical University named after. I.I. Mechnikov Ministry of Health of
Russia, St. Petersburg, Russia (191015, St. Petersburg, Kirochnaya St., 41)*

Summary. This article is devoted to a medical and statistical analysis of respiratory morbidity in the Bryansk and Chelyabinsk regions, which have different environmental situations. The article describes various aspects of the environmental situation in two regions that influence the level of morbidity. Analysis of the data obtained showed that the incidence of respiratory diseases was higher in the Chelyabinsk region. The indicators reveal the need for preventive measures to protect health and improve the environment in these areas.

Key words: Morbidity, respiratory diseases, ecology, public health.

Введение

Одним из важнейших критериев оценки являются показатели заболеваемости состояния общественного здоровья населения [1]. Изучение региональных

особенностей распространенности заболеваний, оценка климато-географических и экологических факторов региона имеет приоритетное значение для анализа эффективности оказания медицинской помощи населению, а также для планирования организационно-методических и профилактических мероприятий в системе здравоохранения [2].

Доказано, что здоровье населения является основой национальной безопасности страны. Высокая заболеваемость, инвалидизация и смертность сильно сказываются на развитии страны, ее экономических, социальных и иных аспектах. Вопрос изучения влияния факторов, влияющих на появление и увеличение заболеваемости дыхательной системы, на данный момент является актуальным [3, 4].

Изменение экологической обстановки, образа жизни, бытовых привычек, особенно в наиболее развитых странах, приводит к значительному увеличению частоты заболеваний дыхательной системы.

Особый интерес представляют регионы с наименее благоприятной экологической обстановкой. Одним из них является Челябинск, так как деятельность большого количества промышленных предприятий оказывает негативное воздействие на окружающую среду, а как следствие, и на здоровье населения. В свою очередь, Брянск является более благоприятным для жизни регионом. Конечно, проблема загрязнения воздуха поднимается и здесь, но исследования показали, что на большей

части области экологическая ситуация рассматривается как удовлетворительная.

В связи с этим сравнение заболеваемости органов дыхания двух представленных регионов представляет большой практический интерес.

Цель исследования: провести сравнительный анализ экологической обстановки и оценить уровень заболевания дыхательной системы (как в целом, так и отдельных патологий) в Брянской и Челябинской областях за 2019–2022 гг.

Материалы и методы исследования: Была изучена экологическая обстановка двух областей. Представлены результаты изучения роли экологических факторов в формировании и развитии патологии органов дыхательной системы в Челябинской и Брянской областях.

Материалами для исследования стали данные официальной статистики по распространенности болезней органов дыхания у взрослого населения в Челябинской и Брянской областях за 2019 и 2022 годы, взятые из официальных документов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Брянской и Челябинской областям. Использованы материалы базы данных, размещенные на сайте Роспотребнадзора [5, 6].

Для оценки структуры заболеваемости БОД были выбраны такие нозологии, как пневмония (внебольничная), острые инфекции верхних дыхательных путей (ринит, синусит, тонзиллит, фарингит, назофарингит, ангина), туберкулез органов дыхания, заболеваемость органов дыхательной системы в совокупности.

Основное содержание

Анализ особенностей экологической обстановки в двух регионах свидетельствует о том, что в национальном экологическом рейтинге регионов Российской Федерации по итогам весны 2023 года Челябинская область расположилась на 85 строчке, в то время как Брянская область оказалась на 49 месте.

Проанализировано загрязнение атмосферного воздуха химическими

компонентами, загрязнение питьевых вод химическими и биологическими агентами, а также загрязнение почв тяжёлыми металлами и микробиологическими агентами, что оказывает непосредственное влияние на заболеваемость органов дыхания, поражение инфекционными патологиями и заболевания других органов и систем.

Одним из ведущих факторов внешней среды, определяющих условия проживания населения, является состояние атмосферного воздуха.

Лабораторный контроль за качеством атмосферного воздуха по определению концентраций 44-ёх загрязняющих веществ на территории Челябинска в 2022 году проводился Аккредитованным Испытательным Центром ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области».

По 28 загрязняющим веществам: оксиду и диоксиду азота, алканам C12-C19, бензапирену, бензолу, взвешенным веществам, взвешенным частицам PM10, взвешенным частицам PM2.5, гидроксibenзолу, дигидросульфиду, диметилбензолу, керосину, марганцу и его соединениям, метилбензолу, нафталину, никелю, акролеину, свинцу и его соединениям, диоксиду серы, серной кислоте, сероуглероду, сольвенту нафта, трихлорэтилену, оксиду углерода, формальдегиду, гидрофториду, этенилбензолу, этилбензолу – регистрировалось превышение ПДК.

Одним из главных загрязнителей окружающей среды является транспорт. Превышение ПДК по диоксиду азота, а также бензапирену, по оценкам некоторых экспертов, – прямой результат автомобильных выхлопов. Как решать такую проблему, неясно.

Промышленные выбросы, как и автотранспортные выхлопы, являются основными источниками летучих органических веществ.

Поднимается проблема водоснабжения населения Челябинской области. Одним из основных источников воды является Шершневское водохранилище, основная задача которого – снабжение питьевой водой Челябинска, Копейска, Коркино и Еманжелинска. В 2022 году 11 из 12 исследованных проб воды не отвечали гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям. Еще 6 проб не отвечали гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям.

Что касается санитарно-эпидемиологической безопасности почвы, в 2022 году наблюдалась тенденция к снижению загрязнения в селитровой зоне Челябинской области. Количество проб почв, превышающих гигиенические показатели по санитарно-химическим показателям, снизилось, в том числе и по содержанию тяжелых металлов. Но наблюдается увеличение доли проб, превышающих гигиенические показатели по микробиологическим показателям.

Анализ экологической обстановки в Брянской области показал улучшение ряда показателей качества среды обитания населения административных территорий Брянской области, что влечёт за собой и общее снижение числа нарушений здоровья, ассоциированных с санитарно-гигиеническими факторами.

В 2022 году контроль за качеством атмосферного воздуха на территории Брянской области осуществлялся следующим образом: было исследовано 7 607 проб атмосферного воздуха населённых мест, большинство из которых было взято в городских поселениях (87%), остальная часть проб осуществлялась в сельских поселениях, из них 0,2% проб в городских поселениях не соответствовали гигиеническим нормативам. Данные показатели показывают значительное улучшение качества атмосферного воздуха по сравнению с предыдущими годами.

Состояние питьевого водоснабжения является одной из наиболее актуальных задач по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения Брянской области.

С 2022 года расширен перечень показателей, определяемых в пробах питьевой воды (общая минерализация, жёсткость общая, перманганатная окисляемость, содержание металлов, пестицидов), что позволит более точно определять влияние загрязнённости питьевой воды на уровень здоровья населения.

С 2019 года на территории Брянской области реализуется федеральный проект «Чистая вода», целью которого является

обеспечение населения качественной питьевой водой.

Данный проект позволил обеспечить прирост в 16 540 человек качественным централизованным водоснабжением.

Наблюдается тенденция к снижению доли населения, использующего некачественную питьевую воду, что связано с проведением работ по ремонту и замене особо изношенных участков водопроводов и распределительной сети, а также с инвентаризацией систем водоснабжения.

По состоянию на конец 2022 года благодаря реализации федерального проекта «Чистая вода» прирост населения, обеспеченного качественным централизованным водоснабжением, составил 16 540 человек.

Недоброкачественной питьевой водой пользовались 36 812 человек или 3,1% населения, проживающего в Брянской области (2021 – 5,0%; 2020 – 7,0%; 2019 – 6,8%).

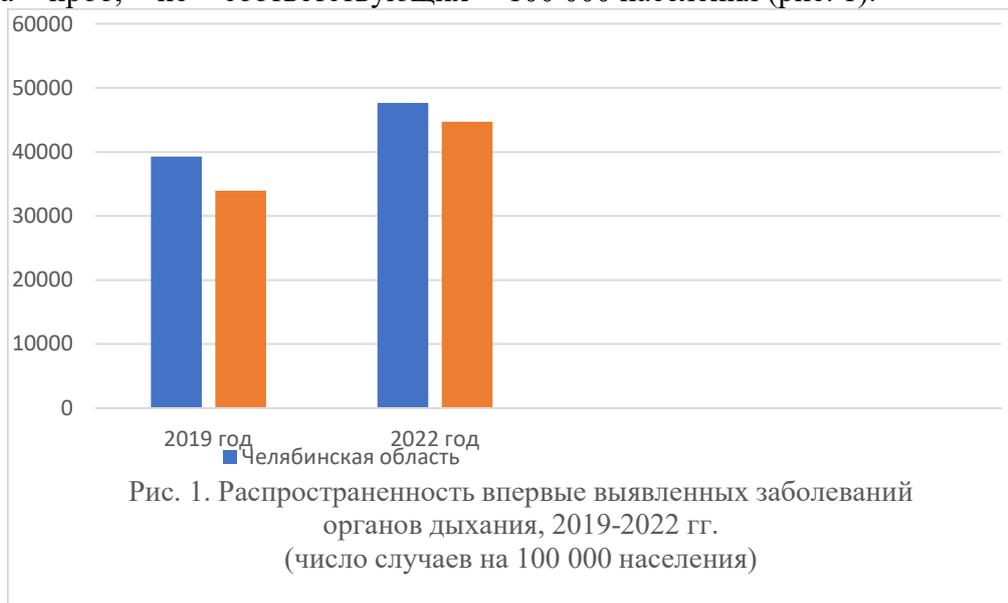
Наблюдается тенденция к снижению уровня загрязнения почвы в Брянской области. При контроле загрязненности почвы в селетибных зонах отмечается снижение количества проб, не соответствующих гигиеническим нормам по микробиологическим и паразитологическим пробам, однако наблюдается значительное повышение количества проб, не соответствующих

нормам по санитарно-химическим показателям в сравнении с 2021 годом.

Так, в 2022 году удельный вес проб почвы, не отвечающих требованиям санитарных правил по микробиологическим показателям, составил 1,0% (2021 – 4,5%; 2020 – 6,5%; 2019 – 8,5%; РФ 2021 – 4,5%), по санитарно-химическим показателям – 1,5% (2021 – 0,2%; 2020 – 3,4%; 2019 – 0,8%; РФ 2021 – 4,4%), по паразитологическим показателям – 2,4% (2021 – 1,2%; 2020 – 0,6%; 2019 – 3,1%; РФ 2021 – 0,6%).

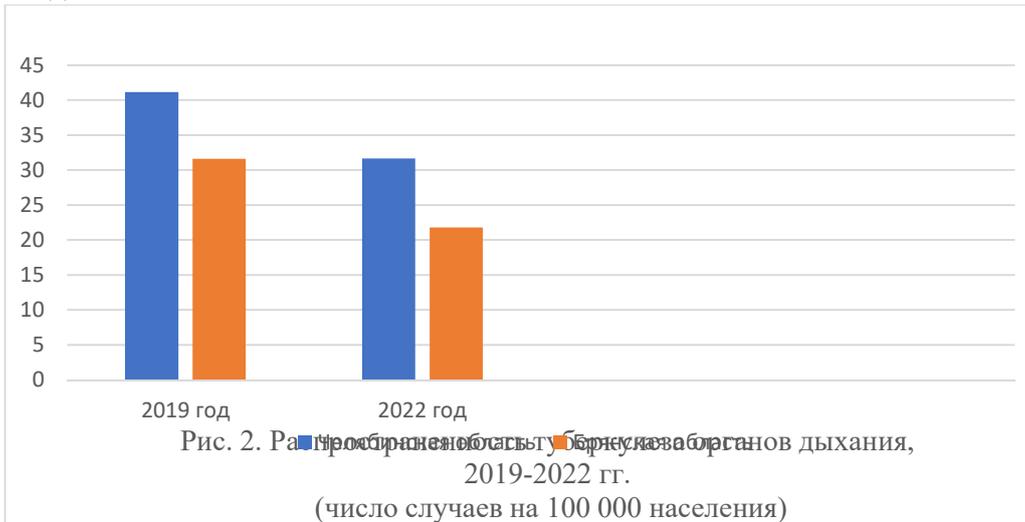
Для исследования особенностей распространенности как отдельных патологий органов дыхания, так и болезней данного класса в совокупности, среди взрослой популяции Челябинской и Брянской областей был произведен анализ в динамике уровня заболеваемости пневмонией и острыми инфекциями верхних дыхательных путей, туберкулезом лёгких и гриппом.

Общее количество впервые выявленных заболеваний органов дыхания населения Челябинской области за 2019 год составило 39 291,2 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 47 670,6 случаев на 100 000 населения. В Брянской области общее количество впервые выявленных заболеваний органов дыхания за 2019 составило 33 920 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 44 700 случаев на 100 000 населения (рис. 1).



По представленным статистическим данным видно, что распространенность заболеваний органов дыхания в Челябинской области несколько больше, чем в Брянской области. Большую роль играет разница экологической обстановки в двух представленных регионах. Также стоит отметить значительный прирост заболеваемости в 2022 году по сравнению с 2019 годом в обеих областях.

Распространенность туберкулеза органов дыхания среди жителей Челябинской области следующая: за 2019 год было выявлено 41,14 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 31,64 случаев на 100 000 населения. В брянской области: за 2019 год – 31,59 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 21,81 случаев на 100 000 населения (рис. 2).

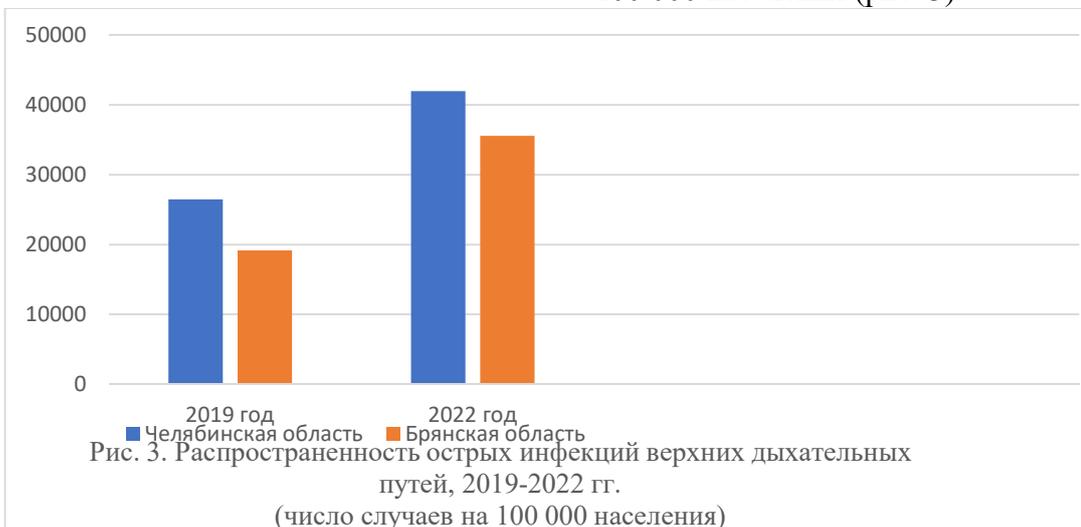


Медико-статистическое исследование показывает, что уровень заболеваемости туберкулезом органов дыхания имеет тенденцию к снижению в обоих регионах, тем не менее в Челябинской области количество больных довольно высоко и превышает таковое в Брянской области.

Можно предположить, что снижение уровня заболеваемости туберкулезом связано с тем, что в настоящее время

уделяется большое внимание проведению профилактических осмотров и вакцинации.

Распространенность острых инфекций верхних дыхательных путей среди жителей Челябинской области составила за 2019 год 26 457,04 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 41 977,15 случаев на 100 000 населения. В Брянской области за 2019 год было выявлено 19 172,84 случаев на 100 000 населения, за 2022 год – 35 574,4 случаев на 100 000 населения (рис. 3).



Представленные данные показывают, что количество заболеваний верхних дыхательных путей в Челябинской области значительно выше, чем в Брянской области. Также видна тенденция к значительному увеличению количества больных на 2022 год в сравнении с 2019 годом.

Рост заболеваемости может быть связан с эпидемиями гриппа, коронавирусной

инфекции, а также в связи с несоблюдением масочного режима.

Распространенность пневмоний среди жителей Челябинской области за 2019 год составила 716,96 случаев на 100 000 населения; за 2022 год – 280,41 случаев на 100 000. В Брянской области за 2019 год число заболевших на 100 000 населения составило 728,76; за 2022 год – 301,87 случаев на 100 000 населения (рис. 4).



Рис. 4. Распространенность пневмонии, 2019-2022 гг. (число случаев на 100 000 населения)

Уровень заболеваемости пневмонией немного выше в Брянской области. Следует отметить значительное снижение

количества заболевших в 2022 году в несколько раз по сравнению с 2019 годом в обоих регионах.

Заключение

Эпидемиологический анализ основных показателей уровня распространённости и динамики болезней органов дыхания на территории Брянской и Челябинской областей свидетельствует о наличии региональных различий регистрируемой заболеваемости. Природно-климатические и экологические факторы оказывают влияние на степень выраженности заболеваний БОД.

Исследование показало, что заболеваемость органов дыхательной системы туберкулезом и острыми инфекциями дыхательной системы выше в Челябинской области. Уровень заболеваемости пневмонией незначительно отличается в данных регионах. В Брянской области он несколько выше. За 2019 год распространенность пневмоний в

Челябинской области составила 716,96 случаев на 100 000 населения; за 2022 год – 280,41 случаев на 100 000. В Брянской области за 2019 год число заболевших пневмонией на 100 000 населения составило 728,76; за 2022 год – 301,87 случаев на 100 000 населения.

В Челябинской области уровень загрязнения атмосферного воздуха, почвы и источников водоснабжения довольно высок, что сказывается на заболеваемости многих органов и систем, в том числе и дыхательной. Необходимость в решении данной проблемы связана с большим количеством впервые выявленных заболеваний органов дыхания, а также отдельных патологий.

Брянская область имеет более благоприятную экологическую обстановку.

Уровень заболеваемости органов дыхания ниже, чем в Челябинской области, но все еще довольно высокий. Поэтому также необходимо принимать меры для улучшения состояния окружающей среды.

Постоянный мониторинг заболеваемости населения болезнями органов дыхания и анализ состояния здоровья позволяет выявить главные

направления борьбы с возникновением и распространением БОД, а также механизмы совершенствования пульмонологической помощи населению. В связи с этим основой для эффективного планирования и управления медицинской помощью пульмонологическим больным является анализ экологической ситуации в регионе и параметры состояния здоровья населения.

Список литературы / References

1. Ризаханова, О. А., Авдеева, М. В., Никитина, Л. Ю., Авдеев, С. Н. Состояние, проблемы и направления совершенствования пульмонологической помощи больным хронической обструктивной болезнью легких по результатам многоцентрового медико-социологического исследования // Пульмонология. – 2023. – Т. 33, № 4. – С. 517–524. [Rizahanova, O. A., Avdeeva, M. V., Nikitina, L. Yu., Avdeev, S. N. Sostoyanie, problemy i napravleniya sovershenstvovaniya pul'monologicheskoy pomoshchi bol'nyh hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih po rezul'tatam mnogocentrovogo mediko-sociologicheskogo issledovaniya // Pul'monologiya. 2023 ; 33 (4) : 517–524 (In Russ)]. DOI: 10.18093/0869-0189-2023-33-4-517-524. – EDN ZLUQLJ

2. Аbumuslimова, Е. А. Взаимосвязь хронических неинфекционных заболеваний с особенностями питания населения Российской Федерации / Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профилактическая медицина» ; Ноябрь 14–15, 2019 ; Санкт-Петербург. [Abumuslimova, E. A. Vzaimosvyaz' hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij s osobennostyami pitaniya naseleniya Rossijskoj Federacii / Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «Profilakticheskaya medicina» ; Noyabr' 14–15, 2019 ; Sankt-Peterburg (In Russ)]. EDN TWDPBO.

3. Пивоварова, Г. М. Сравнительный анализ медико-демографических показателей здоровья населения Российской Федерации и Липецкой области / IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье населения и качество жизни» ; Март, 30, 2022 ; Санкт-Петербург. [Pivovarova, G. M. Sravnitel'nyj analiz mediko-demograficheskikh pokazatelej zdorov'ya naseleniya Rossijskoj Federacii i Lipeckoj oblasti / IX Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem «Zdorov'e naseleniya i kachestvo zhizni» ; Mart, 30, 2022 ; Sankt-Peterburg (In Russ)]. EDN XWKLTG

4. Брянская область. 2022 / Быстрова, Т. Ю., Жиленкова, Е. П., Самигуллина, И. В. / Стат. сб. / Брянскстат. – Брянск, 2022. – 488 с. [Bryanskaya oblast'. 2022 / Bystrova T. Yu., Zhilenkova E. P., Samigullina I. V. / Stat. sb. / Bryanskstat. – Bryansk, 2022. – 488 s. (In Russ)].

5. Челябинская область в цифрах : Крат. стат. сб. / А. А. Водяная, Е. В. Горева, Е. А. Елисеева и др. / Челябинскстат. – Челябинск, 2023. – 246 с. [Chelyabinskaya oblast' v cifrah : Krat. stat. sb. / A. A. Vodyanaya, E. V. Goreva, E. A. Eliseeva i dr. / Chelyabinskstat. – Chelyabinsk, 2023. – 246 s. (In Russ)].

УДК 614.88/616.895

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЙ И ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ**

Касаткин Е.Н., Живов И.В., Веджижева М.Д., Вишняков А.В., Кириченко Н.Е.
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-
mail.ru: vishnyakovav2000@gmail.com*

Резюме. Статья посвящена современному состоянию вопроса о реакции человеческой психики в чрезвычайных ситуациях и первой психолого-психиатрической помощи пострадавшим. Дан обзор современных представлений о психологических последствиях ЧС в зависимости от факторов, способствующих возникновению психогенных расстройств. Проведен анализ законодательной основы, принципов организации и оказания психиатрической помощи пострадавшим при ЧС. Выделены основные детерминанты успешности неотложных мероприятий в отношении лиц с психотической симптоматикой в очаге ЧС. Дан краткий обзор зарубежного опыта совершенствования психолого-психиатрической помощи при ЧС.

Ключевые слова. Чрезвычайная ситуация, медицина катастроф, первая психолого-психиатрическая помощь, неотложная помощь.

**PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN EMERGENCIES AND
PROVIDING FIRST PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC MEDICAL
CARE TO VICTIMS**

Vishnyakov A.V., Zhivov I.V.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia
(112 K. Marx Street, Kirov, 610027), e-mail: mishakrossingover@gmail.com*

Summary. The article is devoted to the current state of the issue in the reaction of the human psyche to emergency situations and to providing first psychological and psychiatric assistance to victims. An overview of up-to-date ideas on the psychological consequences of emergencies, depending on the factors contributing to the occurrence of psychogenic disorders, is given in the article. The analysis of the legislative framework, principles of organizing and providing psychiatric care to victims of emergencies has been carried out. The main determinants of successful emergency measures in relation to persons with psychotic symptoms in the focus of emergency have been highlighted. A brief overview of foreign experience in

improving psychological and psychiatric care in emergency situations has been given.

Keywords: emergency situation, disaster medicine, first psychological and psychiatric care, emergency care.

Введение

На сегодняшний день в любую катастрофическую ситуацию неизменно оказывается вовлеченным человек – как инициатор, как жертва и как очевидец. При этом непосредственная угроза жизни обуславливает психическую травматизацию индивида, ассоциированную с долгосрочными последствиями для психического здоровья. Ввиду значительного роста числа катастроф в конце XX – начале XXI вв. психиатрия ЧС стала полноценным разделом медицины катастроф [1]. Существенно значимое стимулирующее влияние на активизацию психиатрических исследований оказали такие события, как авария на Чернобыльской АЭС в 1986 г. и террористический акт с крушением высотных зданий в Нью-Йорке в 2001 г. [2]. В связи с пандемией COVID-19 ещё одной важной задачей для психиатрии и медицинской психологии стала разработка методов стабилизации состояния социума в электронных СМИ и Интернете [3]. В условиях постоянного роста числа стрессогенных факторов, цифровизации общества и увеличения удельного веса психиатрической патологии актуальным представляется рассмотрение современного состояния вопроса о психологических последствиях ЧС и первой психолого-психиатрической помощи пострадавшим.

Современные представления о психологических последствиях ЧС

Принципы работы психиатров с пострадавшими учитывают особенности реакции человеческой психики при ЧС. Последние определяются следующими факторами: характер экстремальной

ситуации; готовность людей к деятельности в ЧС; организованность и согласованность их действий; поддержка окружающих. Известно, что психопатологические проявления в экстремальных ситуациях сходны с клинической картиной нарушений, развивающихся в обычных условиях, однако есть и существенные отличия: одновременное массовое возникновение; типичность клиники и необходимость индивида бороться за собственную жизнь [4]. В структуре психогенных расстройств принципиально разделение на физиологические и патологические реакции, а также вынесение в отдельную группу так называемых реактивных психозов.

Физиологические реакции обычно длятся несколько дней и характеризуются эмоциональным напряжением, заострением черт личности, нарушениями сна. Психогенные патологические реакции сохраняются до 6 месяцев. На психологическом уровне они характеризуются невротическим уровнем расстройств: снижением критики к мыслям и действиям, астеническими, депрессивными и истерическими синдромами. Реактивные психозы проявляются утратой критики, затруднениями в целенаправленной деятельности, снижением или исчезновением возможности контролировать мысли и действия [5]. В зависимости от уровня нарушений психики находятся факторы, определяющие характер психопатологических проявлений (таблица 1).

Таблица 1

Факторы, способствующие возникновению и развитию психогенных расстройств при ЧС

При физиологических проявлениях	При неврозах	При реактивных психозах и невротических реакциях
---------------------------------	--------------	--

Несоответствие подготовки реальным условиям при ЧС	Хронизация психотравмирующей ситуации	Интенсивность и внезапность воздействий
Отсутствие положительных эмоций и заинтересованности в деятельности	Невозможность формирования адекватной жизненной позиции	Недостаточные индивидуальная подготовка и предыдущий опыт
Неадекватная организация деятельности	Наличие сопутствующих вредностей	Отсутствие взаимодействия с окружающими и положительных примеров

В структуре реактивных психозов выделяют аффективно-шоковые реакции (АШР) и истерические психозы. АШР могут протекать по гипо- или гиперкинетическому варианту. В первом случае наблюдаются общее оцепенение, апатоабулический синдром, вазомоторно-вегетативные нарушения, вплоть до глубокого помрачения сознания. Во втором случае – острое психомоторное возбуждение, хаотичные движения, мимика, выражающая страх, а также бессвязный речевой поток. К особенностям истерических психозов относят отражение конкретной психотравмирующей ситуации; преобладание ярких образных представлений в искажениях восприятия; демонстративность и неполные нарушения сознания.

Отдельно рассматриваются такие реакции психики, как соматовегетативные расстройства (резкая бледность или покраснение кожных покровов, перепады АД, тахикардия, ощущение удушья, потливость, озноб, дизурия, гипертермия); реактивная депрессия (аффект глубокой тоски, утрата перспективы, отчаяние, суицидальные мысли и поступки, идеи самообвинения); реактивный параноид (персекуторный бред, идеи воздействия и преследования, отравления и т.п.); псевдодеменция [6].

Полиморфизм психопатологических проявлений требует чётко дифференцированного подхода при определении тактики оказания помощи пострадавшим, а следовательно, адекватного законодательного регулирования работы специалистов соответствующего профиля.

Законодательная основа и организация оказания психиатрической помощи пострадавшим при ЧС

Психиатрия катастроф и ЧС является важным звеном единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС. Основным законодательным актом, касающимся непосредственно психиатрии, является закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В статье 8 данного закона отражен принцип презумпции психического здоровья как одна из норм международного права. Также особое значение имеют положения закона, которые регулируют оказание психиатрической помощи в недобровольном порядке. Основываясь на этом, частные законодательные акты регулируют работу штатных подразделений. Так, психолого-психиатрическая помощь лицам с психическими расстройствами, возникающими при ЧС, регламентируется приказом Министра здравоохранения РФ от 24 октября 2002 г. № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях».

Сохраняется необходимость совершенствования правового регулирования оказания психиатрической помощи, которая обусловлена ростом числа лиц с психическими расстройствами и требующая проведения лечебных мероприятий в недобровольном порядке. Особое место в данной категории занимают пострадавшие от военных действий, стихийных бедствий, техногенных катастроф, беженцы и т.д. [7].

Согласно приказу № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» на период ЧС психологическая и психиатрическая помощь пострадавшим организуется органами управления здравоохранением и выполняется ЛПУ психолого-психиатрического профиля с привлечением действующих отделений «Телефона доверия», кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний; врачебных и фельдшерских специализированных бригад скорой психиатрической помощи.

Формирование алгоритма комплексной специализированной помощи на догоспитальном этапе

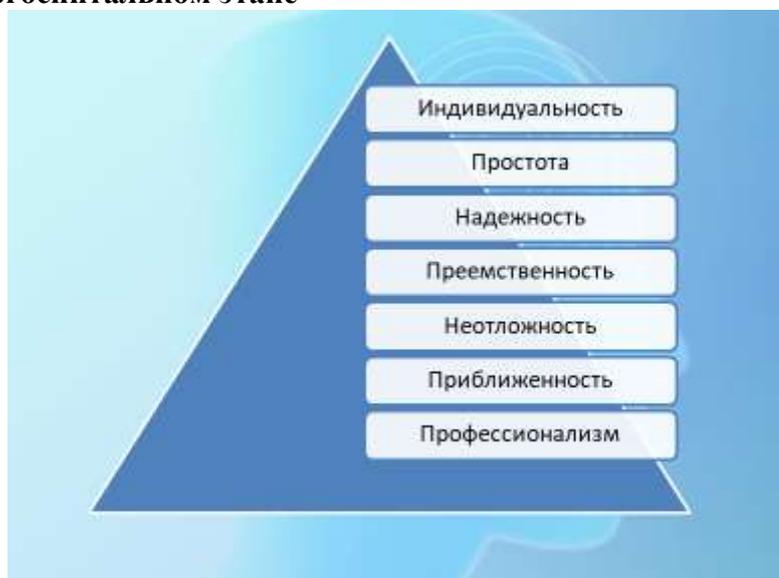


Рис. 1. Принципы организации психиатрической помощи пострадавшим при ЧС

Следует отметить особое значение преимущественности в оказании специализированной помощи, поскольку долгосрочные психологические последствия ЧС могут потребовать многолетней психотерапевтической работы с отдельными пациентами с целью предупреждения возникновения серьезных психических заболеваний на этапе

В основе формирования алгоритма комплексной специализированной помощи на догоспитальном этапе лежат принципы организации психиатрической помощи пострадавшим в ЧС (рис. 1). Профессионализм обеспечивает грамотное и оперативное проведение необходимых мероприятий. Приближенность тесно связана с неотложностью, поскольку оба принципа направлены на оказание помощи в максимально короткий срок. Под надежностью подразумевается поддержание у пострадавших уверенности в своевременном и качественном оказании им помощи.

когнитивной переработки травматического опыта.

Успех мероприятий, проводимых на догоспитальном этапе, во многом зависит от эффективности медицинской сортировки пострадавших в зависимости от характера психопатологических проявлений (рис. 2).



Рис. 2. Медицинская сортировка пострадавших в зависимости от психопатологических проявлений при ЧС

Первый этап сортировки проводится непосредственно в очаге ЧС; второй – в ближайшем ЛПУ; третий – в учреждениях, где оказывается специализированная психиатрическая помощь. Сортировка осуществляется членами психотерапевтической бригады, которая создается на базе ЛПУ и оперативно подчиняется областному центру медицины катастроф. Как правило, в состав бригады входят 2 врача, 2 медсестры, 2 санитаря, 1 санитар-водитель. Бригада должна быть оснащена укладкой скорой медицинской помощи, комплектом лекарственных средств психотропного действия и средствами мобильной связи. Непосредственно в очаге ЧС членами бригады также реализуется оказание неотложной и специализированной помощи, обеспечение эвакуации пораженных с психическими расстройствами в психиатрический стационар.

Таким образом, исходя из условий, в которых оказывается первая психолого-психиатрическая помощь, был сформулирован общепринятый алгоритм действий медицинских работников. Данный алгоритм включает снижение возбуждения при сохранении контакта с больным; фармакологическое купирование психогенного и депрессивного ступора, судорожных пароксизмов, эпилептического статуса, явлений тяжелой абстиненции, делирия, а также прочих острых психотических состояний. В методических

рекомендациях по оказанию специализированной психиатрической помощи при ЧС также приводятся наиболее значимые правила работы с пострадавшими, у которых отмечаются выраженные психопатологические проявления [8]. Согласно данным правилам, в первую очередь необходимо выполнять следующие условия:

1. обеспечить безопасность пострадавшего и окружающих его лиц;
2. ликвидировать обстановку растерянности, паники, нездорового любопытства;
3. проинструктировать помощников и четко определить их обязанности;
4. мягко и участливо успокоить пострадавшего;
5. при резком возбуждении удерживать пострадавшего, фиксируя его руки и ноги.

Выполнение вышеуказанных принципов позволяет обеспечить безопасность медицинского персонала и пациента, а также предупредить ухудшение психического статуса пострадавшего.

Зарубежный опыт совершенствования психолого-психиатрической помощи при ЧС

Пандемия COVID-19 стала вызовом и для зарубежной системы оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим при ЧС. Одним из проблемных аспектов ситуации стало отсутствие доказательной базы, которая могла бы быть положена в основу нововведений. В таких условиях в качестве

эффективного решения была предложена инициация организационных изменений, предполагающих возможность оперативной корректировки направлений работы врачей. Так, в Новом Южном Уэльсе (Австралия) была создана сеть неотложной психиатрии – группа врачей с большим опытом работы в условиях ЧС, распределенных по высокоспециализированным городским медицинским учреждениям, а также удаленным организациям. В последних для координации взаимодействия активно применялись телемедицинские технологии [9]. Открытость для инновационных решений была названа одним из условий успешной работы психолого-психиатрической службы в условиях ЧС и американскими авторами. Применение телемедицины психиатрами создает возможность для сотрудничества с многопрофильными медицинскими центрами, что повышает результативность оказания специализированной помощи пострадавшим при сохранении высокого уровня оперативности [10]. Особое внимание при разработке программ совершенствования работы Американской ассоциации неотложной психиатрии было уделено списку компетенций медицинских работников, который ввиду нехватки опытных специалистов потребовал уточнения. Была утверждена должность

«врачей ассоциации, не назначающих лекарства». Как и врачи-психиатры, они имеют следующие компетенции: проведение независимой психиатрической экспертизы; контроль за поведенческими реакциями пострадавших при ЧС; помощь в распознавании сопутствующих заболеваний, состояний интоксикации и синдрома отмены, а также побочных реакций на лекарства; разработка адекватных планов лечения; распознавание ситуаций, требующих консультации психиатра или врача неотложной помощи; этико-деонтологическая грамотность; понимание правовых основ оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС; навыки взаимодействия с клиническими бригадами [11]. Наконец, зарубежный опыт последних лет свидетельствует о необходимости улучшения этической подготовки медицинских работников, оказывающих психолого-психиатрическую помощь пострадавшим. Сообщается, что инциденты, обусловленные недостаточной этико-деонтологической компетентностью, в первую очередь касаются недобровольных лечебных мероприятий, а также вопросов предоставления дополнительной медицинской информации пациентам или их родственникам [12].

Заключение

В основе психических расстройств, возникающих в условиях ЧС, лежат психическая травма, стресс, аффект, осознанные или чаще неосознанные переживания. Психические переживания характеризуются не только непосредственной, но и опосредованной зависимостью от целого спектра психотравмирующих воздействий. В условиях современных аварий, катастроф и чрезвычайных ситуаций медицинские работники нередко сталкиваются со сложной, порой малоизученной клинической картиной, однако на сегодняшний день данные исследований в

области психиатрии катастроф позволяют сформулировать основные принципы оказания специализированной помощи пострадавшим. При этом успех лечебно-профилактических мероприятий зависит в значительной мере от точности оценки состояния, адекватности выбранного фармакологического метода в зависимости от степени психических нарушений, прогнозирования ближайших и отдаленных последствий, преемственности в лечебном процессе, а также от организации неотложной психолого-психиатрической помощи в кратчайшие сроки.

Список литературы / References

1. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В. К. Шамрея. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 427 с. [Psihiatrija vojn i katastrof / V. K. Shamrej. SPb. : SpecLit, 2015. 427 p. (In Russ)].
2. Полищук, Ю. И., Коханов, В. П., Краснов, В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (теория и практика). М. : Практическая Медицина, 2008. 448 с. // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kohanov-v-p-krasnov-v-n-psihiatriya-katastrof-i-chrezvychajnyh-situatsiy-teoriya-i-praktika-m-prakticheskaya-meditsina-2008-448-s> (дата обращения: 25.11.2022). [Polishhuk, Ju. I., Kohanov, V. P., Krasnov, V. N. Psihiatrija katastrof i chrezvychajnyh situacij (teoriya i praktika). M. : Prakticheskaja Medicina, 2008. 448 s. // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2008. № 3 (In Russ)].
3. Кузина, Н. В. Информационная безопасность в условиях пандемии : методы стабилизации состояния социума в электронных СМИ и Интернете // Бюллетень науки и практики. 2020. № 9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionnaya-bezopasnost-v-usloviyah-pandemii-metody-stabilizatsii-sostoyaniya-sotsiuma-v-elektronnyh-smi-i-internete> (дата обращения : 25.11.2022). [Kuzina, N. V. Informacionnaja bezopasnost' v uslovijah pandemii : metody stabilizatsii sostojanija sociuma v jelektronnyh SMI i Internete // Vjulleten' nauki i praktiki. 2020. № 9 (In Russ)].
4. Тадевосян, М. Я., Сукиасян, С. Г. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 111 (11). – С. 95–100. [Tadevosjan, M. Ja., Sukiasjan, S. G. Psihicheskaja travma, ee posledstvija i predraspologajushhie faktory // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2011. № 111 (11). P. 95–100 (In Russ)].
5. Титаренко, М. С., Узун, О. Л. Сохранение психического здоровья и работоспособности при действиях в условиях витальной угрозы // ЧиО. 2008. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sohranenie-psihicheskogo-zdorovya-i-rabotosposobnosti-pri-deystvijah-v-usloviyah-vitalnoy-ugrozy> (дата обращения : 25.11.2022). [Titarenko, M. S., Uzun, O. L. Sohranenie psihicheskogo zdorov'ja i rabotosposobnosti pri dejstvijah v uslovijah vital'noj ugrozy // ChiO. 2008. № 2 (In Russ)].
6. Загуровский, В. М. Стресс и его последствия (догоспитальный и ранний госпитальный этапы) // МНС. 2014. № 7 (62). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stress-i-ego-posledstviya-dogospitalnyy-i-ranniy-gospitalnyy-etapy> (дата обращения : 25.11.2022). [Zagurovskij, V. M. Stress i ego posledstvija (dogospital'nyj i rannij hospital'nyj jetapy) // MNS. 2014. № 7 (62) (In Russ)].
7. Мироненко, М. А., Хулин, Д. С. Психиатрическая помощь как специальный вид медицинской помощи в России // Новый университет. Серия «Экономика и право». 2016. № 11–1 (69). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiatricheskaja-pomosch-kak-spetsialnyy-vid-meditsinskoj-pomoschi-v-rossii> (дата обращения : 25.11.2022). [Mironenko, M. A., Hulin, D. S. Psihiatricheskaja pomoshh' kak special'nyj vid medicinskoj pomoshhi v Rossii // Novyj universitet. Serija «Jekonomika i pravo». 2016. № 11–1 (69) (In Russ)].
8. Оказание психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Методические рекомендации N 2002 / 144 (утв. Минздравом РФ 11.03.2003). [Okazanie psihologicheskoy i psihiatricheskoy pomoshhi postradavshim v chrezvychajnyh situacijah. Methodological recommendations No. 2002 / 144 (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on 11.03.2003) (In Russ)].
9. Huber, J., Ryan, C. J., Gupta, R., Rosen, A., Tietze, T., Drew, K., Ahmed, T., Skopek, M. The NSW Emergency Psychiatry Network. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2023 ; 57 (3) : 312–314. DOI: 10.1177/00048674221137820.
10. Sharma, M. S., De Maio, M., Young, K., Santopietro, J. Transformation of Outpatient Psychiatry. Psychiatric Clinics of North America. 2022 ; 45 (1) : 57–69. DOI: 10.1016/j.psc.2021.11.003.

11. Richmond, J. S., Dragatsi, D., Stiebel, V., Rozel, J. S., Rasimas, J. J. American Association for Emergency Psychiatry Recommendations to Address Psychiatric Staff Shortages in Emergency Settings. *Psychiatric Services*. 2021 ; 72 (4) : 437–443. DOI: 10.1176/appi.ps.201900501.

12. Hamm, B. Ethical Practice in Emergency Psychiatry : Common Dilemmas and Virtue-Informed Navigation. *Psychiatric Clinics of North America*. 2021 ; 44 (4) : 627–640. DOI: 10.1016/j.psc.2021.08.011